

**PARTE I - GESTÃO DA MUDANÇA NA SAÚDE - 2002/2004**

## **PARTE I - GESTÃO DA MUDANÇA NA SAÚDE - 2002/2004**

A análise da gestão da mudança na saúde é um exercício particularmente complexo. Isto porque ele tem que recorrer a um vasto e diversificado conjunto de referências teóricas (ver quadro 1 e um conjunto muito seleccionado de referências bibliográficas)

A maior parte destas referências dizem respeito a domínios conceituais e científicos que são relevantes ao conjunto dos sistemas sociais e provem das ciências políticas, sociologia, psicologia e ciências do comportamento, gestão e economia. Alguns provem mais directamente da análise dos sistemas de saúde como da avaliação do desempenho dos sistemas e das organizações de saúde, das estratégias de saúde centradas em metas para a saúde e os serviços de saúde, e do desenvolvimento contínuo da qualidade.

O suporte bibliográfico destas referências teóricas será mais detalhado na publicação do OPSS sobre o sistema de saúde português, prevista para o último trimestre do corrente ano, e que proporcionará uma síntese dos quatro primeiros relatórios de primavera (2001 - 2004). Nesta Relatório de Primavera que se pretende que seja de leitura fácil para assegurar uma efectiva disseminação dos seus conteúdos optou-se por incluir em anexo algumas das referências bibliográficas mais relevantes.

Na impossibilidade de recorrer sistematicamente a todas estas referências teóricas o Observatório adoptou, para efeitos desta análise, um conjunto mais simples de questões a abordar (Quadro II) e que constituem um desenvolvimento de princípios já referidos no Relatório de Primavera de 2003.

Numa primeira aproximação, esta primeira parte do relatório faz uma apreciação geral da gestão da mudança 2002/4 em termos dos princípios acima enunciados, mas numa apresentação mais simples, para assegurar uma maior eficácia comunicacional. - O papel do OPSS não é o de analisar mas também comunicar. Torna-se aqui necessário sacrificar por vezes a profundidade teórica e o detalhe documental à clareza dos factos e da argumentação essencial.

Com esta mesma intenção inclui-se no relatório uma versão gráfica simplificada dos cenários sobre o futuro do sistema de saúde português - “descongelamento regulado”, “desconstrução apriorística”, e reacomodação. Este é um exercício de síntese e de pensamento prospectivo. Estes são os cenários extremos que convidam a explorar alternativas que se situam entre eles.

Em seguida serão analisados individualmente de uma forma sumária os principais elementos da reforma em curso: hospitais (Hospitais SA e Parcerias Público - Privado), centros de saúde, acesso aos cuidados de saúde, a questão do medicamento, o estabelecimento da entidade reguladora da saúde, o “plano de saúde”.

## Quadro II- Principais referências teóricas para a análise da gestão da mudança

<b>1. Teoria e prática da mudança cultural</b>
Cultura como atributo a gerir (positivismo); cultura como meio onde se processa a mudança (fenomenologia).
<b>2. Gestão da inovação.</b>
Processos de inovação (“demand pull” ou “science-push”) e difusão da inovação
<b>3. Gestão, “transferência” e “tradução” do conhecimento</b>
A forma como a informação e o conhecimento influenciam as decisões sobre o desenvolvimento do sistema de saúde.
<b>4. Desempenho de sistemas e organizações</b>
A forma como, num sistema ou organização, os recursos são transformados em resultados.
<b>5. “Novo institucionalismo”, em contraposição à teoria económica clássica, no desenvolvimento das organizações e sistemas</b>
Aborda os comportamentos humanos como sendo conduzidos por hábitos, rotinas, ambição, criatividade e novidade e não simplesmente por otimizados racionalização (teoria económica neo-clássica).
<b>6. Nova administração pública</b>
Movimento que tem visado transformar o enfoque tradicional da administração pública dos recursos/processos para o cidadão cliente/resultados
<b>7. “Path dependence” na evolução dos sistemas sociais</b>
Circunstâncias em que os caminhos escolhidos no passado condicionam fortemente as escolhas do presente.
<b>8. Teorias de aprendizagem e motivação</b>
As diferentes formas como se aprende – “social learning” – “learning organization” – os aspectos afectivos da aprendizagem
<b>9. Processo político – estruturalismos e pluralismo nos sistemas de saúde</b>
A forma estática / fechada ou aberta/evolutiva como os poderes se comportam na sociedade.
<b>10. Agendas políticas; o papel do Estado – o público, o privado e o social</b>
Os diferentes valores subjacentes às escolhas políticas no que diz respeito ao papel do Estado, do sector social e do sector privado.
<b>11. Agendas políticas e processo de governação</b>
A distinção das agendas políticas (feitas de opções) os processos de governação (para os quais existem referências consensuais).
<b>12. Agendas dos actores</b>
Referem-se às opções táticas ou estratégicas de forças sociais que influenciam as políticas públicas.
<b>13. Instrumentos formais da governação</b>
Tem a ver com a maior ou menor realidade dos programas de governo, orçamentos, grandes opções de plano, opções organizacionais da administração pública, planos de investimento, estratégias legislativas.
<b>14. Boa governança – da ética da autonomia à ética das decisões colectivas</b>
Tem a ver com as regras de jogo das decisões reais (por oposição às formais) - inclusão, transparência e responsabilização.
<b>15. Estratégias de mudança, baseadas em metas</b>
Abordagens que centram a gestão da mudança em “compromissos sociais” baseados em metas concretas para horizontes temporários bem definidos. Dão atenção, tanto aos “processos internos” como à envolvente externa.
<b>16. Desenvolvimento da qualidade e gestão pelos resultados</b>
Abordagens sobre organizações e procedimentos que equacionam a promoção da qualidade na relação entre processos e resultados.
<b>17. Teorias do desenvolvimento humano, auto-expressão e auto-estima</b>
Trata-se de saber como factores económicos, sociais, culturais e políticas influenciaram o desenvolvimento humano.
<b>18. Empoderamento, cidadania e promoção da saúde</b>
Tem a ver com a questão da centralidade do cidadão nos sistemas de saúde.
<b>19. Ciências prospectivas – Cenários sobre o futuro dos sistemas sociais</b>
Elaboram uma síntese prospectiva dos determinantes da mudança e os seus efeitos.
<b>20. Teorias de democracia</b>
Tem a ver com as formas como o poder é exercido nas comunidades humanas.

### Quadro III- Conjunto simplificado de princípios para a gestão da mudança na saúde

1. **Assumir uma agenda política** – explicita-la de forma a tornar mais genuíno o processo político.
2. Adotar “soluções” no terreno, à partida próximas da agenda, mas compatíveis com o conhecimento existente sobre essa matéria. O aprofundamento e explicitação da “base de evidência” das soluções adoptadas permitem:

#### **Esclarecer os fundamentos das “soluções” propostas**

Explicar, debater, comunicar as vantagens sobre soluções alternativas, face ao contexto cultural, social e económico, as agendas dos actores sociais, os instrumentos de governação (incluindo o grau de desenvolvimento da administração pública) e o nível de “governança” do país – facilita as negociações com os actores sociais e o alargamento da base social de apoio.

**Desenvolver uma “estratégia de mudança”**- Esta inclui:

- Tempos de implementação da reforma (“big-bang” versus “incrementalismo”);
- Equilíbrio entre os mecanismos de descentralização/autonomia e os de coesão/coerência ,
- Grau e tipo de investimento na capacitação humana e nos instrumentos de informação e gestão do conhecimento;
- Enquadramento das agendas dos actores sociais (alianças preferenciais) e envolvimento no processo de mudança;
- Sensibilidade em relação às diferenças entre organização de missão (serviço público) e as organizações mercantis;
- Sensibilidade em relação às especificidades da saúde.

**Estabelecer expectativas explícitas sobre o comportamento no terreno da solução adoptada** (metas). Estas metas permitem a avaliação e regulação das solução (ajustamentos, correcções).

3. **Promover um dispositivo que permita apreender com a experiência.** Para fazer este tipo de regulação é necessário estabelecer um dispositivo de aprendizagem partilhada – comparação contínua entre as metas estabelecidas e aquilo que é observado; análise independente de eventuais discrepâncias em relação às metas estabelecidas e dos seus determinantes, mobilização dos actores sociais para as correcções necessárias.
4. **Promover a boa governança na saúde.** Na gestão da mudança são particularmente importantes os princípios de boa governança – as regras que informam a tomada das decisões reais (não só as formais) das quais se destacam a inclusão, a transparência e a responsabilização.

## 1. Dinamismo e determinação no Ministério da Saúde.

*“O Ministério da Saúde, que assumiu funções em 2002, exerceu uma intensa acção governativa no primeiro ano do seu mandato, desencadeando um vasto conjunto de medidas num curto espaço de tempo. Estas acções tiveram o apoio do conjunto do executivo, não só em termos de uma expressão clara de apoio político, mas também pela disponibilização de um importante apoio financeiro”. **RP2003***

O RP 2003 ao fazer a apreciação do primeiro ano da acção do actual Ministério da Saúde, refere que se observou uma invulgar intensidade na acção governativa.

Esta abordagem não só se integrava bem no discurso e estratégia política do conjunto do governo, como também a reforçava: tratava-se de procurar fazer um claro contraste entre o espírito de acção do novo governo e a eventual inacção dos governos que o tinham precedido, intenção bem traduzida na expressão “Portugal em acção”.

Esta atitude teve uma forte receptividade na “opinião pública” – tal como é possível identifica-la através dos líderes de opinião. Determinação, pragmatismo e rapidez podiam ser imagens de marca que se coadunavam bem com as expectativas do país (mudar é necessariamente difícil mas seguramente que é possível faze-lo).

As acções do Ministério da Saúde durante este período abrangem um vasto conjunto de domínios:

Principais medidas de dois anos de governação na saúde	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lançamento do <b>Plano Nacional de Saúde</b></li> <li>○ Decreto-Lei da Empesarialização de 31 Hospitais (<b>Hospitais SA</b>)</li> <li>○ Decreto-Lei das <b>Parcerias Público-Privado (PPP)</b></li> <li>○ Decreto-Lei sobre a reorganização dos <b>Cuidados de Saúde Primários</b></li> <li>○ Criação do Programa Especial de Combate às <b>Listas de Espera</b> Cirúrgicas - PECLEC</li> <li>○ Lançamento da Política do <b>Medicamento</b> (introdução de: genéricos, preço de referência e receitas única e renovável)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Criação da <b>Entidade Reguladora de Saúde (ERS)</b></li> <li>○ Decreto-Lei sobre os Cuidados de Saúde Continuados</li> <li>○ Reestruturação da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida</li> <li>○ Criação do Instituto da Droga e da Toxicodpendência</li> <li>○ Revisão das Taxas Moderadoras</li> <li>○ Lei da Gestão Hospitalar e do Decreto-Lei de Execução e Regulamentação</li> </ul>

Fonte: <http://www.portugal.gov.pt>

O Quadro IV, dá uma ideia ainda mais clara de intensidade desta acção governativa.

O Ministro da Saúde tem desenvolvido uma actividade verdadeiramente impressionante em defesa do seu projecto e das convicções que lhes estão subjacentes. Tem-se deslocado com grande frequência a vários locais pelo país, para nas mais diversas oportunidades explicar e promover o seu projecto. Tem-no feito com considerável coragem não recuando perante audiências potencialmente hostis. Um dos seus desempenhos mais recentes e notáveis teve lugar no última reunião magna da Associação dos médicos de clínica geral (Vilamoura, Março 2004), em que conseguiu em alguma medida desmobilizar o antagonismo existente, pela sua presença e pela insistência na sua intenção de “mudar” e “experimentar”, convidando a audiência a organizar-se e a participar no processo de mudança.

**Quadro IV- Quadro da legislação adoptada entre 2003 e 2004.**

2003	
Despacho conjunto n.º 53/2003. DR 19 SÉRIE II de 2003-01-23	Comissões para o acompanhamento da Empresarialização dos Hospitais - Forma de remuneração.
Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003. DR 30 SÉRIE I-B de 2003-02-05	Cria uma unidade de missão designada "Hospitais SA", com a finalidade de coordenar o processo global de lançamento e a estratégia de empresarialização dos hospitais com a natureza jurídica de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos.
Portaria n.º 132/2003. DR 30 SÉRIE I-B de 2003-02-05	Aprova as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respectivo Regulamento.
Decreto-Lei n.º 60/2003. DR 77 SÉRIE I-A de 2003-04-01	Cria a rede de cuidados de saúde primários.
DL 86/2003, 26 Abril	Normas gerais das Parcerias público-privadas
Decreto Regulamentar n.º 10/2003. DR 98 SÉRIE I-B de 2003-04-28	Aprova as condições gerais dos procedimentos prévios à celebração dos contratos de gestão para o estabelecimento de parcerias em saúde.
Decreto Regulamentar n.º 14/2003. DR 148 SÉRIE I-B de 2003-06-30	Aprova o caderno de encargos tipo dos contratos de gestão que envolvam as actividades de concepção, construção, financiamento, conservação e exploração de estabelecimentos hospitalares.
Decreto-Lei n.º 172/2003. DR 176 SÉRIE I-A de 2003-08-01	Cria o Hospital do Litoral Alentejano, submetendo-o ao regime de instalação previsto no Decreto-Lei n.º 215/97, de 18 de Agosto
Decreto-Lei n.º 173/2003. DR 176 SÉRIE I-A de 2003-08-01	Estabelece o regime das taxas moderadoras no acesso à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Sistema Nacional de Saúde.
DN 35/2003, 20 Agosto	Constituição da sociedade de capitais exclusivamente públicos PARPÚBLICA - Participações Públicas (SGPS), S.A.
Decreto-Lei n.º 188/2003. DR 191 SÉRIE I-A de 2003-08-20	Regulamenta os artigos 9.º e 11.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro
Resolução do Conselho de Ministros n.º 121/2003. DR 191 SÉRIE I-B de 2003-08-20	Procede à reestruturação orgânica e funcional da Comissão Nacional de Luta contra a Sida e nomeia como encarregado de missão o Prof. Doutor António Abel Garcia Meliço-Silvestre.
Portaria n.º 985/2003. DR 212 SÉRIE I-B de 2003-09-13	Aprova a tabela que fixa o valor das taxas moderadoras.
Decreto-Lei n.º 209/2003. DR 213 SÉRIE I-A de 2003-09-15	Prorroga até 31 de Dezembro de 2004 o período de vigência do regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral que exerçam funções nos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.
Decreto-Lei n.º 234/2003. DR 224 SÉRIE I-A de 2003-09-27	Aplicação a todos os subsistemas de saúde geridos por serviços e organismos do Estado que participam nos preços dos medicamentos dos seus beneficiários, com as necessárias adaptações.
Despacho n.º 21211/2003(2.ª série). DR 255 SÉRIE II de 2003-11-04	Plano Contingência SARS 2003-2004.
Decreto-Lei n.º 281/2003. DR 259 SÉRIE I-A de 2003-11-08	Cria a rede de cuidados continuados de saúde
Decreto-Lei n.º 309/2003. DR 284 SÉRIE I-A de 2003-12-10	Cria a Entidade Reguladora da Saúde
Despacho n.º 24257/2003(2.ª série). DR 290 SÉRIE II de 2003-12-17	Criação da Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente.
2004	
Portaria n.º 103/2004. DR 19 SÉRIE I-B de 2004-01-23	Aprova a tabela das taxas moderadoras.
Despacho Conjunto n.º 45/2004, 28 Janeiro	Nomeação da comissão de avaliação de propostas para a constituição de uma parceria publico-privada para o novo hospital de Loures
Portaria n.º 115-A/2004. DR 25 SÉRIE I-B 1º SUPLEMENTO de 2004-01-30	Cria o Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central).
Despacho n.º 2837/2004(2.ª série). DR 32 SÉRIE II de 2004-02-07	Delegados de informação médica (DIM)
Despacho 4 534/2002 (2ªsérie), 5 Março	Centro de atendimento nacional - contact centre.
Portaria n.º 265/2004. DR 61 SÉRIE I-B de 2004-03-12	Aprova alterações ao Regulamento dos Internatos Complementares.
Despacho n.º 9826/2004(2.ª série). DR 117 SÉRIE II de 2004-05-19	Hospitais, SA - Ensino e formação.
Portaria n.º 551/2004. DR 120 SÉRIE I-B de 2004-05-22	Contratos-programa com os hospitais sociedades anónimas pela prestação de serviços a utentes do Serviço Nacional de Saúde.
Portaria n.º 587/2004. DR 129 SÉRIE I-B de 2004-06-02	Celebração com a sociedade Hospital Amadora-Sintra, Sociedade Gestora, S. A.

Intensa acção governativa entre 2002 e 2004, com grande produção legislativa.

## 2. Um “discurso de acção” com aparentes contradições.

*“... (o ministro) acabara de afirmar que relativamente à reforma dos centros de saúde, não era necessário qualquer estudo de avaliação “se daqui a dois ou três anos pudermos constatar, através de dados que o próprio Ministério possa ter ou que sejam fornecidos por entidades independentes, que o acesso das populações melhorou, que os profissionais têm melhores condições para desempenharem os seus cargos, que nas estatísticas internacionais melhorámos alguns indicadores”. Até porque não adiantam muito, queixou-se o ministro: o Ministério também tem feito avaliações, nomeadamente no que diz respeito às lista de espera e ao desempenho dos hospitais SA, e não obstante o facto de avançar com números concretos, “o contraditório político vem logo afirmar que os mesmos não estão correctos”.*

*(Jornal Médico de Família; Março – Congresso de Clínica Geral)*

Poucos serão os observadores atentos à saúde que duvidarão do facto do Ministro ter um projecto de mudança e acreditar fortemente nele.

Esta situação suscita pelo menos uma questão particularmente importante:

Não poderá a forte “crença” no projecto resultar na gestão da mudança baseada em *certezas e opções apriorísticas* (a) sem fundamentos teóricos e empíricos, (b) pouco compatíveis com a enorme complexidade do sistema de saúde e das incertezas que lhe estão inerentes, (c) propiciando um clima pouco propício a avaliações, verdadeiramente independentes, dos resultados reais das opções adoptadas, e (d) portanto com poucas possibilidade de sucesso?

O OPSS tem vindo a proceder a uma análise exaustiva dos projectos de reforma apresentados, e das explicações e apreciações do Ministério de Saúde sobre a adopção, implementação e avaliação desses projectos. Neste processo de análise ainda não é o tempo para conclusões definitivas, mas existem já observações suficientemente sólidas para procurar respostas para as questões suscitadas por esta gestão da mudança.

O essencial do discurso político do Ministro da Saúde no que diz respeito à gestão da mudança, pode resumir-se, de forma muito simplificada, da seguinte forma:

*Acção. Actuar. Fazer. Os que criticam, falam mas não fizeram, nem fazem.* Há claramente grandes expectativas neste sentido. O “discurso da acção” associado a uma acção governativa intensa tem uma forte audiência. Quase que não se pergunta se se faz bem ou mal, desde que se faça.

*É preciso experimentar - o que interessa são os resultados. Os processos e as soluções são bons se produzem bons resultados, não porque se afastam ou aproximam de pré-conceitos pré-estabelecidos.* De facto são os resultados que interessam. É necessário, com frequência, ensaiar soluções para saber se elas funcionam no nosso contexto. Mas dado o carácter sensível dos sistemas de saúde, não é legítimo adoptar à partida, mesmo experimentalmente, soluções sem qualquer fundamentação teórica, em detrimento de alternativas muito melhor fundamentadas.

*Por ser necessário actuar, progredir, mudar, não há muitas vezes tempo para considerações teóricas e avaliações académicas sofisticadas. Outras instituições com mais vocação e tempo para isso podem fazê-lo.* Não parece legítimo invocar a necessidade de experimentar, para logo a seguir recorrer ao “discurso da acção” para minimizar o papel da avaliação na correcção do caminho encetado, e no contexto de um “blackout informativo”, em relação aos aspectos mais críticos da reforma da saúde.

*... “Mas hoje temos resultados para mostrar e tranquilizar todos os portugueses de que esta mudança é no seu interesse e no interesse de Portugal”.* É pelo menos polémico, muito pouco depois do início de reformas manifestamente complexas e exigentes, apresentar resultados invulgares, não sustentados por bases de dados, definições e análises acessíveis e independentes.

É importante tentar compreender estas aparentes contradições. O OPSS procura hipóteses explicativas que permitam facilitar o entendimento das políticas de saúde. Esta é simplesmente uma hipótese explicativa, mas em conformidade com a análise que este relatório apresenta.

⇒ O Ministro da Saúde sabe onde quer chegar – acredita genuinamente que um maior peso do sector privado no sistema de saúde português vai descongelar ou desconstruir o actual sistema com benefícios para o cidadão

⇒ Quer chegar (descongelar ou desconstruir) o mais depressa possível – está consciente da precariedade dos equilíbrios do poder e das exigências dos ciclos políticos.

⇒ Mas não se sabe muito bem como se lá chega – este é um caminho muito pouco percorrido quer em Portugal, quer no contexto português. De qualquer forma é necessário agir – adoptam-se soluções no terreno “próximas da agenda política” mas ainda mal fundamentadas no conhecimento existente.

⇒ Quando confrontado com esta falta de fundamentação o Ministério da Saúde (MS) argumenta com o direito e a necessidade de experimentar – necessidade amplamente reconhecida.

⇒ No entanto, experimentar tem as suas regras mínimas – metas e bases de dados com definições rigorosas pré-estabelecidas, análise explícita, interpretações alternativas sujeitas ao contraditório.

⇒ O Ministério da Saúde (MS) adapta-se mal a estas regras mínimas – não dá acesso aos dados, não explicita a abordagem analítica, não se sujeita ao contraditório interpretativo. Toleram mal as críticas às soluções adoptadas e à apresentação precoce de “resultados de sucesso”.

⇒ O MS sabe onde quer chegar e pressente que pode enredar-se nas dúvidas que se apontam um pouco por todo lado, desacelerar, perder o ímpeto, não chegar lá – por isso não dá informação que alente incertezas, recorre a um forte marketing, político, repete afirmações que os factos não comprovam, assume o discurso do “tudo vai bem”.

⇒ É se onde se quer chegar e o caminho que se está a percorrer não é bom para a saúde dos portugueses? Como podemos supor que o seja se as opções de partida são pouco fundamentadas e o seu comportamento no terreno não é abertamente avaliado?

⇒ A gestão da mudança tem as suas regras, os seus ritmos, as suas realidades e o seu contexto. Não pode ser excessivamente forçada, mesmo pelo mais determinado dos voluntarismos. Reconhecem-se as dificuldades. O espaço é estreito entre a paralisia face às dificuldades e a imprudência de certezas não fundamentadas.

Ao se adoptar uma solução concreta que objective as opções do programa de governo é de esperar que ela esteja “próxima” da agenda política do governo. No entanto esta proximidade da solução à agenda política do governo não é suficiente. Ela tem de ser sistematicamente fundamentada teórica e empiricamente e sujeitar-se ao veredicto da experiência.

Esta **combinação de arraigada crença nas virtudes da agenda política com um forte pendor voluntarista nas soluções concretas adoptadas** sustenta só por si a necessidade de uma análise mais detalhada sobre a gestão da mudança em curso na saúde.

### 3. Quais os fundamentos das “soluções” adoptadas na reforma da saúde? Frágeis e mal explicitados. Porquê?

*“...para cada questão difícil há sempre uma resposta simples que habitualmente está errada...”*

H.L Mencken

È necessário que haja também fundamentação teórica e empírica que permita supor e prever que a solução “vai funcionar no terreno”. Os sistemas sociais, e particularmente o da saúde, são demasiado importantes para que se experimente sem fundamentos conhecidos.

É certo que as realidades do ciclo político não “dão tempo” para aprofundar este trabalho de aprofundamento desta fundamentação – por vezes é importante começar com as certezas possíveis. No entanto a falta total de fundamentação da grande parte das “soluções operacionais propostas” e adoptadas nos últimos dois anos vai para além do que seria admissível pelas contingências da acção governativa. (Ver figura 2)

Porquê grandes ousadias em projectos invulgares no contexto internacional num país com um bem documentado atraso nos níveis de governança, capacitação dos recursos humanos, na gestão e transparência da informação?

**No caso dos hospitais SA** não foram explicitados, apresentados e discutidos os méritos e limitações da solução SA face a outro tipo de hospital-empresa. E no entanto há fortes razões para supor que esse debate era muito pertinente na procura da melhor solução.

Um estudo ultimado nos princípios de 2002 dá boas indicações do desempenho dos hospitais da Feira e de Matosinhos em relação à gestão privada do Amadora-Sintra. Parecia que se poderia concluir que a solução “hospital – empresa tipo Feira” estava no bom caminho.

A auditoria do Tribunal de Contas, publicada em 2003, sobre o mesmo tema teve resultados idênticos – o modelo Feira dava boas indicações de desempenho, quando comparado com outros hospitais que ainda não tinham adoptado este modelo.

Já em 2004, com o Hospital da Feira integrado no grupo SA, reconheceu-se, no contexto da “avaliação do primeiro ano do funcionamento dos hospitais SA”, que este era o que mostrava melhores resultados (fruto essencialmente do trabalho que tinha precedido a sua incorporação na solução SA), sendo nesta ocasião o seu director agraciado publicamente por essa razão.

Porque não se seguiu o modelo Feira e optou-se pela solução SA? Onde está a fundamentação para deixar um modelo que já dava algumas boas indicações e ir, massivamente, por um caminho completamente inexplorado?

**No caso da instituição da “entidade reguladora de saúde” (ERS)**, optou-se por uma solução invulgar sem qualquer estudo conhecido sobre o complexo sistema regulador da saúde já existente e sobre a melhor maneira do melhorar ou complementar.

Não é possível identificar um só actor social relevante que se tenha identificado com esta forma de fazer as coisas.

Num relatório da “Plataforma de Observação e Acompanhamento da Saúde” constituída pela Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, subscrito por um conjunto de personalidades de elevado prestígio, dos mais diversos sectores profissionais e de opinião lê-se:

**“ .... Pode afirmar-se sem reservas que a ERS, que poderia e deveria constituir um elemento agregador de vontades e das organizações, constitui antes, pelo excessivo poder de que se reveste, retirado em grande parte a órgãos decorrentes de eleições, uma profunda ameaça para aquilo que pretende evitar”(Outubro, 2003).**

Possivelmente preocupado pela importância do temas, o próprio Presidente da República, após ter chamado à atenção para a importância de melhor regulação na saúde a propósito da nova lei sobre a organização e gestão dos centros de saúde (Março/Abril de 2003), toma a iniciativa de chamar a atenção para a necessidade de um maior debate e reflexão sobre esta matéria:

**“É necessário, pois alargar o debate sobre estes temas ...Há, então, todas as condições para realizar um debate profundo.... É necessário compreender a dimensão dos problemas, mas também mobilizar a comunidade para a solução a dar-lhes, até porque, em última análise, é a própria qualidade da cidadania que, mais uma vez, está aqui em causa...”**

**(Expresso, Outubro 2003)**

Ao mesmo tempo que escreve este artigo de opinião sobre esta matéria, o Presidente da República convida um conjunto de entidades e pessoas a esclarecerem-no sobre estas matérias, sinal claro da importância que atribuía ao aprofundamento destas questões.

O Ministério da Saúde não reagiu, pelo menos de forma aparente, às preocupações manifestadas. E no entanto, neste caso, teve dois anos para preparar esta iniciativa de forma que fosse tecnicamente sustentável e socialmente aceitável.

**No caso das parcerias público-privado para os hospitais, ver relatório 2003**

**No caso da “reforma dos centros de saúde”, ver relatório 2003**

Padrões similares de falta de fundamentação são aparentes para o caso das parcerias das reformas dos centros de saúde. (ver quadros na página seguinte)

**Existem duas importantes consequências deste forte voluntarismo na tomada de decisões sobre a reforma da saúde:**

- **Falta de debate e informação sobre a bondade das soluções concretas da reforma da saúde.**

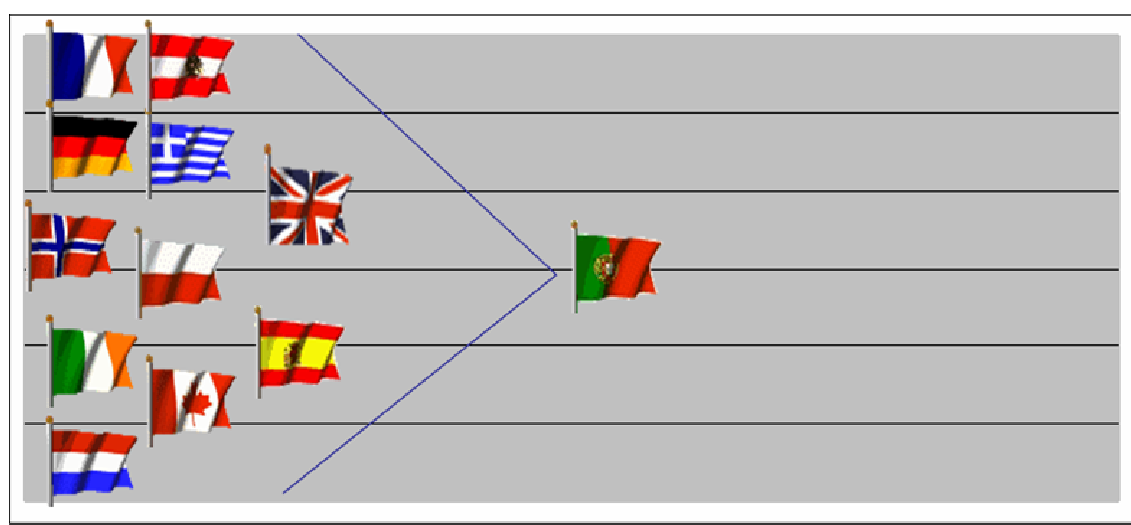
A reforma da saúde a fazer-se, faz-se com as pessoas. Não pode decorrer de processo normativo e centralizado. Ao ignorar sistematicamente a opinião das pessoas, desde o mais alto magistrado da nação até ao mais anónimo cidadão ou profissional da saúde, o Ministério da Saúde agravará o seu isolamento em relação à forma de pensar dos principais actores do sistema de saúde português. Desta forma não estará em condições de fazer uma reforma da saúde.

- **Não se explicitam as expectativas/metabolismos das soluções adoptadas.**

A aprendizagem no terreno implica antecipar os resultados que se prevêem pela aplicação das medidas adoptadas e observar a forma e as razões porque se concretizam ou não essas expectativas.

É absolutamente necessário conciliar a acção com o conhecimento. Decidindo sistematicamente de uma forma que ignora ou está ao arrefio do conhecimento, não dá nenhuma segurança que as soluções adoptadas vão de facto funcionar – muito provavelmente não vão. Para isso é necessário grande transparência nas decisões e fácil acesso à informação da saúde.

**Figura 2 - “OUSADIA” ou falta de fundamentação na gestão da mudança?**

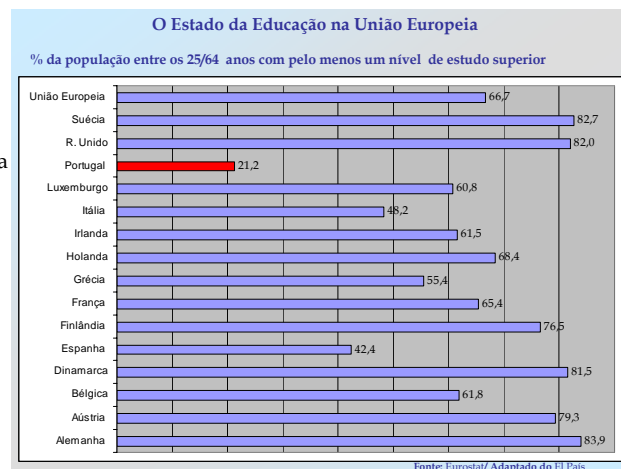
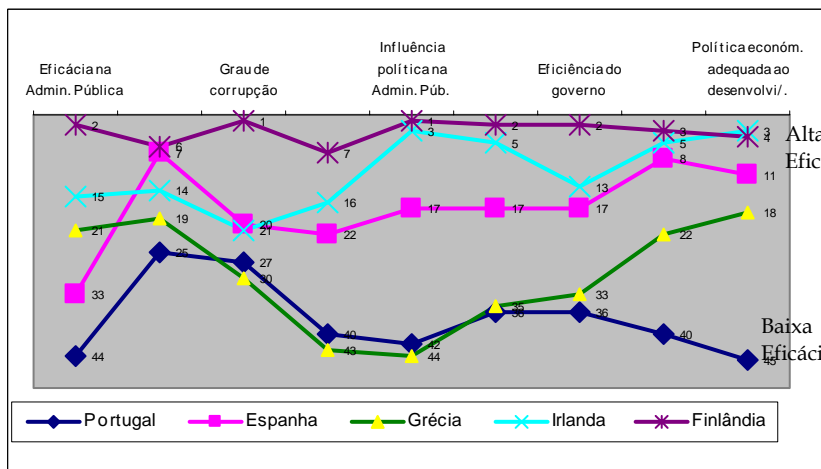


**Ousadias (1):** Portugal propõe-se adoptar uma modalidade de parceria público-privada para os novos hospitais públicos que países muito mais desenvolvidos têm considerado excessivamente arriscadas, face à sua capacidade e instrumentos de governação, especialmente por se tratarem de compromissos a longo prazo (20-30 anos). Porquê?

**Ousadias (2): opções polémicas e pouco fundamentadas. Porquê?**

Hospitais SA	Face às boas indicações de desempenho do hospital-empresa “tipo Vila da Feira” não é claro porque se adoptou a solução invulgar Hopital SA.
Reforma dos Centros de Saúde	Sucessão de propostas invulgares e não fundamentadas sem instrumentos técnicos conhecidos, sem apoio das organizações profissionais e dos meios académicos qualificados
Entidade Reguladora da Saúde	Concepção alheia à ideia fundamental de “sistema regulador”, polémica por falta de debate público a quando da sua adopção, com uma grande convergência de pontos de vista negativos dos mais diversos sectores de opinião da sociedade portuguesa

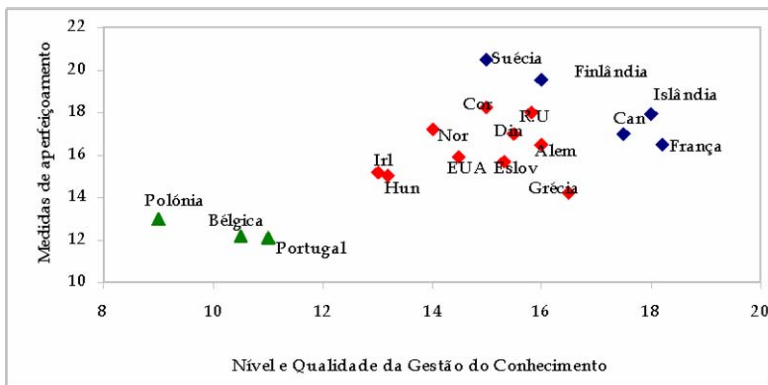
**Figura 3 - “Ousadias” e realidade portuguesa. Níveis de desenvolvimento e governança de Portugal comparados com os de outros países europeus.**



**Figura 3.1 (Ver Relatório da Primavera de 2003)**  
Baixo nível de “eficácia na governação” de Portugal e Grécia, quando comparados com Espanha, Irlanda e Finlândia  
Investir na eficácia da governação?

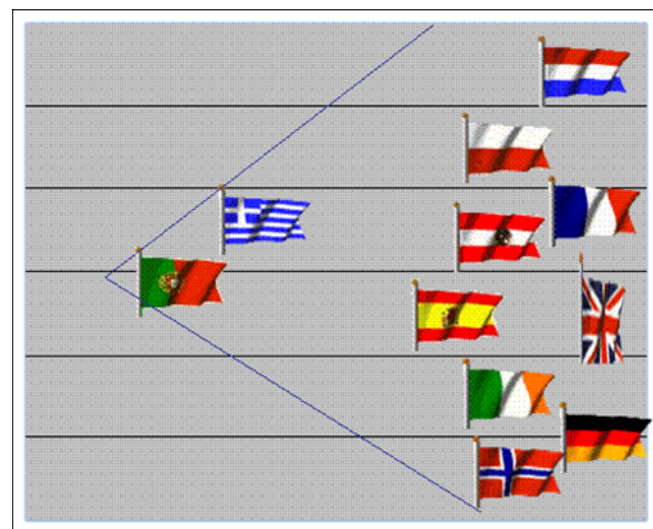
**Figura 3.2 (ver Relatório da Primavera de 2003)**  
Baixo nível de capacitação humana em Portugal quando comparado com outros 15 países da União Europeia  
Investir no desenvolvimento humano?

**Percepção do nível e qualidade do conhecimento nas mudanças organizacionais e culturais**



Fonte: GOV/PUMA/ HRM (2003)

**Figura 3.3 (Ver Relatório Português 2003)**  
Baixos níveis da “gestão do conhecimento” em Portugal quando comparados com outros países europeus.  
Investir na sociedade de informação e do conhecimento?



**Figura 3.4 (Ver Relatório Português 2003)**  
Portugal genericamente tem um nível de desenvolvimento e governança inferior as nossas parcerias europeias.  
Investir na inclusão, transparências e responsabilização?

É necessário inovar, ousar e cultivar a auto - estima. Mas será possível faze-lo com projectos não fundamentados técnica e cientificamente, situados totalmente fora do contexto do desenvolvimento do país?

#### 4. “Blackout informativo” sobre aspectos críticos da reforma da saúde; falta um dispositivo de aprendizagem partilhada - Porquê?

*“A informação detida entre as mãos dos organismos públicos é de todos os cidadãos, a todos deve servir. Foi paga por eles, pertence-lhes, é a vida deles, a eles deve ser acessível.”*

António Barreto

No contexto de uma intensa acção governativa no sentido de promover mudanças importantes no sistema de saúde português, em que é fundamental ensaiar novas soluções e aprender com o seu comportamento no terreno, seria de esperar um grande investimento na informação de saúde e na sua ampla partilha pelos actores sociais da saúde.

No entanto, tem acontecido exactamente o contrário. Existem fortes testemunhos nesse sentido.

Passemos à evidência concreta sobre sérias limitações ao acesso a informação crítica sobre a reforma da saúde:

- **Listas de espera nos Hospitais**

A disponibilização e partilha de informação precisa sobre tempos de espera é a regra de ouro da boa gestão dos programas relativos ao acesso aos cuidados de saúde.

Para ser útil esta informação tem que permitir conhecer os tempos cirúrgicos, por patologia e por hospital, assim como os tempos de espera para consultas externas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica por especialidades.

Sem esta informação não é possível gerir um programa desta natureza, muito menos interpretar e apresentar resultados.

Não tem sido este o entendimento do Ministério da Saúde. Apresenta resultados, alguns verdadeiramente invulgares, por vezes sob a forma igualmente invulgar de anúncios pagos, sem a que esse anúncio corresponda nenhum relatório analítico suficientemente detalhado que o sustente. Esta não é uma forma aceitável de apresentar resultados. (ver figura 4)

Quando questionado sobre os dados concretos o Ministério da Saúde remete para o site do Ministério onde os dados apresentados de forma agregada por hospital tem uma utilidade limitada.

Instado a proporcionar os dados detalhados necessários para uma análise apropriada o Ministério não responde sistematicamente. Alguns exemplos elucidativos:

- **Os extraordinários conteúdos do anúncio pago de Novembro de 2003 (ver figura 4)** Diz este anúncio que o tempo médio de espera para as cirurgias passou, num ano, de um tempo médio de espera de 6 anos para 6 meses. Esta é uma comparação extraordinária, sabendo como a partir de um a dois anos a informação sobre listas de espera passa a ser muito pouco fidedigna. Passados escassos 2 meses é o próprio Ministério que o confirma. (informação Lusa/Público).

“Os números noticiados indicam que 20.461 dos 36 mil doentes que ao abrigo do programa de recuperação das listas de espera e por falta de resposta das unidades públicas, deviam ter sido operados no sector privado recusaram a operação. Segundo explicou à Lusa o ministro Luís Filipe Pereira, quando

foram chamados pelas instituições de saúde, estes doentes alegaram que não queriam ser operados ou que não tinham qualquer indicação para cirurgia.

Alguns simplesmente não apareceram no hospital no dia marcado para a intervenção. Fonte do Ministério da Saúde diz que nestas recusas estão também englobados doentes que tinham indicação cirúrgica mas que, devido ao seu estado de saúde, já não podiam ser operados ou já tinham resolvido o problema recorrendo à medicina privada”

- **A experiência dos órgãos de comunicação social**

A descrição da exposição do Jornal de Negócios ao tentar obter informação do Ministério da Saúde (Quadro V) coincide com a de outros órgãos de comunicação social e dispensa comentários.

- **A experiência das instituições académicas**

O comportamento do Ministério da Saúde em relação às instituições académicas, interessados em analisar a reforma da saúde, não difere daquilo descrito pela comunicação social. (Quadro V)

### **Recursos humanos da saúde**

As distorções já históricas do número e da distribuição dos recursos humanos da saúde e à forma como as profissões da saúde reagem às incertezas associadas à mudança que não entendem bem, fazem da monitorização e avaliação do comportamento das profissões da saúde um tema de capital importância.

Após o anúncio da solução Hospitais SA e durante o primeiro ano da sua implementação (coincidindo em parte com alterações do regime de aposentação da função pública) houve várias indicações de possíveis fluxos de saída dos hospitais públicos de recursos altamente qualificados.

Actualmente existem sinais importantes de inquietações semelhantes na área dos cuidados de saúde primários.

A análise sobre estes possíveis fluxos têm uma grande importância na gestão da mudança. Permitem não só ajustar as previsões existentes sobre os efectivos profissionais do SNS nos próximos anos, como também estudar as reacções das pessoas às reformas.

Esta análise não está disponível. Solicitados os dados necessários ao Departamento respectivo, não foi sequer possível obter uma resposta assegurando a recepção do pedido feito!

#### **Pedidos solicitados ao *Departamento de Modernização e Recursos da Saúde*:**

Nº de profissionais SNS que pediram reforma antecipada (Médicos total, Médicos de centros de saúde, Médicos hospitalares, Médicos com idade <65, Enfermeiros total, Enfermeiros de centros de saúde, Enfermeiros hospitalares, Outros profissionais), nos anos de 1999, 2000, 2001, 2002, 2003. Nº de profissionais SNS que pediram rescisão de contratos e que saíram do SNS (Médicos total, Médicos de centros de saúde, Médicos hospitalares, Médicos com idade <40 anos, Médicos com idade compreendida entre 40-55 anos, Médicos com idade compreendida entre 56-65 anos, Médicos com idade superior a 65 anos, Enfermeiros total, Enfermeiros de centros de saúde, Enfermeiros hospitalares, Outros profissionais) nos anos de 1999, 2000, 2001, 2002, 2003. Nº de profissionais que pediram licenças sem vencimento, superior a 1 ano (Médicos total, Médicos de centros de saúde, Médicos hospitalares, Médicos com idade <50 anos, Enfermeiros total, Enfermeiros de centros de saúde, Enfermeiros hospitalares, Enfermeiros <50 anos, Outros profissionais), 1999,2000, 2001, 2002, 2003.

### **Avaliação dos hospitais SA**

A falta de informação crítica para a avaliação dos Hospitais SA e referida em pormenor na Parte II deste relatório.

### **Informação financeira**

Elucidativa é igualmente a situação de informação relativamente ao financiamento da saúde.

“O Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIFS), não faz a mínima ideia de quanto vai custar a implementação dos vários e importantes projectos a cargo da Direcção de Serviços de Sistemas de Informação e Apoio Técnico (DSSIAT). O Sistema Integrado de Informação Hospitalar (Sonho), o Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde e o cartão do utente são alguns desses projectos. "As limitações de tempo que nos foram impostas para a apresentação deste contributo não nos permitiram estabelecer previsões de custos para o conjunto dos projectos enumerados", lê-se no documento com o plano de actividades para 2004 deste instituto (...)"

Ainda no mesmo capítulo financeiro da DSSIAT pode ler-se que o IGIFS desconhece "se alguns dos novos projectos estão ou não inscritos em PIDDAC, para 2004". Mais preocupante, porém, é a confissão de que "não existe um plano estratégico para os sistemas de informação (SI) na Saúde" e que "não se conhecem as orientações que os novos hospitais SA irão prosseguir em matéria de SI e, por consequência, não se poderá prever o impacto dessas orientações no conjunto das actividades do IGIFS".

Com este relatório ficou ainda a saber-se que o plano de acção para 2004 da delegação do Porto deste instituto foi elaborado apesar de não conhecer "ainda com clareza a linha de rumo, estratégia e objectivos (curto e médio prazo) atribuídos ao Departamento de Informática do IGIFS e, em particular, as responsabilidades e objectivos atribuídos à delegação do Porto". “

Fonte: João D’Espiney. Saúde desconhece custos dos projectos. Jornal Negócios, 19-05-2004

Há no entanto importantes excepções a este “blackout informativo” que merecem destaque. Estas excepções correspondem, não por mera coincidência a instituições do Ministério de Saúde de carácter e comportamento mais marcadamente técnico.

È o caso do INFARMED e da Direcção Geral da Saúde que tem melhorado substancialmente os conteúdos informativos dos seus sites e mostram se constantemente disponíveis a colaborar com aquelas instituições que procuram a informação de saúde.

## Quadro V - Blackout informativo sobre aspectos críticos de reforma.

### Comunicação Social

#### *Informação essencial sobre o sector da saúde continua a ser negada pelo Ministério*

Ao longo de meses, e por variadas vezes, o Jornal de Negócios solicitou ao Ministério da Saúde um conjunto de relatórios e dados oficiais que são essenciais para avaliar a forma como estão a decorrer as mudanças em curso no sector. Dada a falta de sucesso dos pedidos informais, o Jornal de Negócios efectuou então um pedido formal. Os documentos em causa são o relatório sobre a execução financeira do Programa de Combate às Listas de Espera (PECLEC), o relatório e contas de 2002 da Estrutura de Missão das Parcerias público - privadas, o plano de actividades para 2004 do IGIFS, os Planos de Negócios dos 31 hospitais SA, as contas globais de 2002 do SNS e o novo relatório com a avaliação comparada entre o hospital Amadora - Sintra e os hospitais Garcia de Orta, São Francisco Xavier e Santo António.

**Como continuamos sem resposta, decidimos apresentar queixa na CADA, a Comissão de Acesso aos Dados Administrativos que regula e avalia o acesso dos cidadãos aos documentos e informação em posse do Estado.**

Apesar de não ter facultado um único daqueles documentos a este jornal, o gabinete do Ministro chegou a informar a CADA que já tinha disponibilizado toda a informação pedida. Como era falso, as queixas foram reiteradas e a decisão da CADA, tomada no mês de Abril, não deixa margem para dúvidas ao referir que “o ministro da Saúde deverá facultar ao queixoso o acesso aos documentos solicitados”. **Luís Filipe Pereira optou porém, por ignorar a decisão deste órgão do Estado, pois da informação pedida só disponibilizou uma parte do relatório da execução financeira do PECLEC, escondendo as verbas que foram canalizadas para os hospitais do sector privadas.**

*Fonte: Jornal de Negócios, 25 de Maio de 2004*

### Instituições Académicas

#### *Informação solicitada junto do Gabinete do Sr. Ministro da Saúde, a 19 de Abril de 2004*

#### **SEM RESPOSTA**

Os indicadores abaixo enunciados relativos ao PECLEC foram pedidos desagregados por hospital e para as seguintes patologias: Hérnias Abdominais, Colectectomia, Prótese Total da Anca, Varizes, Cataratas, Cirurgia nasal, Cirurgia útero, Síndrome Túnel Cárpico, Amigdalectomia, Prótese Total do Joelho. Total de casos em espera, no programa, em 1 de Janeiro de 2004, Total de casos entrados no programa até 31 de Dezembro de 2003, Tempo médio de espera em Janeiro de 2003, Tempo médio de espera em Janeiro de 2004, Nº de casos com espera superior a 6 meses, Nº de casos com espera inferior a 6 meses, Total de casos expurgados (óbito, dupla contagem, desistência da intervenção cirúrgica, revisão clínica da indicação cirúrgica, cirurgia já realizada, mudança de residência, etc.) em 2003, Nº de readmissões pela mesma causa. Nº de cirurgias de PECLEC realizadas no hospital em 2003, Nº de cirurgias sem ser do programa PECLEC realizadas no hospital em 2003. Nº de cirurgias do PECLEC realizadas no sector privado não lucrativo (sector social), Nº de cirurgias do PECLEC realizadas no sector privado lucrativo, Despesa global realizada com o PECLEC.

### O Presidente da República

*“Esta realidade não deve ser esquecida quando se aborda a qualidade da governação, que surge, em regra, associada a cinco princípios, que podem ter na Saúde uma aplicação clara.*

*O primeiro princípio é o da abertura, que significa trabalhar de uma forma transparente, com uma linguagem acessível ao grande público, de maneira a melhorar a confiança das pessoas e das instituições no sistema de saúde; a transparência significa, por seu lado, utilizar e disponibilizar informação para todos os interessados.*

*Esta é uma questão fulcral no exercício dos direitos de cidadania e do desenvolvimento da investigação: devem ser ultrapassadas as debilidades de fontes documentais que dificultam ou até inviabilizam o trabalho dos órgãos de acompanhamento, das redes académicas e das equipas independentes.*

*Não é tolerável que a Administração Pública, seja qual for o seu nível de responsabilidade, não disponibilize a informação necessária para a análise dos meios utilizados e dos resultados conseguidos”*

*Presidência da República no 10º Congresso da Medicina Interna (Maio de 2004)*

Factos sem mais comentários.

O bold foi acrescentado pelo o OPSS

Figura 4 – Anuncio pago – Balanço da actividade do 1º ano de execução do PECLEC.





**BALANÇO DA ACTIVIDADE DO 1.º ANO DE EXECUÇÃO DO PECLEC**

**PECLEC** | Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

Tendo-se completado no dia 1 de Novembro passado o primeiro ano de actividade do **PECLEC – Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas**, o Ministério da Saúde vem dar publicamente conta dos **RESULTADOS** obtidos, com dados reportados a Setembro último.

**Conclusões:**

- No seu melhor ano (2001), o antigo programa de recuperação de listas de espera (PPMA), levado a cabo pelo anterior Governo, realizou apenas um total de 23 791 cirurgias adicionais.
- O compromisso de resolver a lista de espera de 123 166 pessoas referenciadas a 30.06.2002 será cumprido muito antes do prazo previsto, ou seja, cerca de 10 meses mais cedo do que os 2 anos a que o Governo se comprometera em Abril de 2002.
- O ritmo de actividade cirúrgica corrente (programação programada), bem como o número de consultas nos Hospitais SA, conforme acima ficou demonstrado.
- Grande parte do crescimento de casos na nova lista de inscritos deve-se ao sucesso no aumento da acessibilidade das pessoas às consultas hospitalares em consequência da melhoria da actividade e da produtividade dos hospitais
- O «tempo médio» de espera por uma cirurgia da lista dos inscritos após o dia 1 de Julho de 2002 baixou para cerca de 6 meses, o que contrasta fortemente com o prazo médio de cerca de 6 anos que se verificava na lista identificada a 30.06.2002.

Novembro de 2003

b) O número de pessoas constantes da nova «lista de inscritos» desde a sua formação em 1 de Julho de 2002 até 30 de Setembro de 2003 (ou seja, 15 meses) situa-se em 99 013.

**QUADRO 3**

NOVOS INSCRITOS APÓS 01.07.2002

HOSPITAIS SNS	Novos inscritos	Tempo médio de espera
TOTAL	99 013	26,5 semanas

c) A média mensal de entradas está em 6 600 pessoas (99 013 ÷ 15 = 6 600).

d) Verificou-se um aumento de consultas realizadas nos hospitais (ver Quadro 2, totais colunas 4 e 5):

- Realizaram-se mais 249 980 consultas no 1.º semestre de 2003 do que em igual período de 2002.
- Admitindo que em cada 100 destas novas consultas, há 8,5 pessoas com indicação cirúrgica (de acordo com os rácios do sector hospitalar), o sucesso resultante deste aumento de acessibilidade, induziu uma entrada de cerca de 21 300 pessoas para a nova «lista de inscritos», em apenas 6 meses.
- A entrada de 21 300 pessoas em 6 meses corresponde a uma média mensal de 3 550 pessoas a mais com indicação cirúrgica.
- Em termos percentuais cerca de 54% das pessoas da nova lista de inscritos (3 550 ÷ 6 600) entraram por força do aumento do número de consultas realizadas pelo sistema hospitalar no 1.º semestre de 2003.

e) A «lista de inscritos» formada após 1 de Julho tem uma demora média de cerca de 6 meses (ver Quadro 3) enquanto a lista de espera que estará brevemente eliminada tinha uma espera média superior a 6 anos.

**conclusões:**

No seu melhor ano (2001), o antigo programa de recuperação de listas de espera (PPMA), levado a cabo pelo anterior Governo, realizou apenas um total de 23 791 cirurgias adicionais.

O compromisso de resolver a Lista de Espera de 123 166 pessoas referenciadas a 30.06.2002 será cumprido muito antes do prazo previsto, ou seja, cerca de 10 meses mais cedo do que os 2 anos a que o Governo se comprometera em Abril de 2002.

O ritmo da actividade cirúrgica corrente (produção programada), bem como o número de consultas nos Hospitais aumentaram significativamente, em especial nos Hospitais SA, conforme acima ficou demonstrado.

Grande parte do crescimento de casos na nova lista de inscritos deve-se ao sucesso no aumento da acessibilidade das pessoas às consultas hospitalares em consequência da melhoria da actividade e da produtividade dos Hospitais.

O «tempo médio» de espera por uma cirurgia da lista dos inscritos após o dia 1 de Julho de 2002 baixou para cerca de 6 meses, o que contrasta fortemente com o prazo médio de cerca de 6 anos que se verificava na lista identificada a 30.06.2002.

Novembro de 2003

	2002	2003	variação	2002	2003	variação
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
HOSPITAIS SA	99 940	123 835	23,9%	1 741 772	1 919 212	10,2%
HOSPITAIS SPA	138 350	159 182	15,1%	1 920 542	1 993 080	3,8%
<b>TOTAL</b>	<b>238 290</b>	<b>283 017</b>	<b>18,8%</b>	<b>3 662 314</b>	<b>3 912 294</b>	<b>6,8%</b>

Anúncios pagos publicitados amplamente pelo Ministério da Saúde, com conclusões invulgares, não sustentados por nenhum documento analítico acessível, e por bases de dados igualmente indisponíveis.

## 5. Que estratégia de mudança?

*De uma legislação propositiva para uma legislação de licença*

*Da confiança nos “novos actores” às desconfianças dos “velhos indígenas”*

*“Managerialismo centralista para-empresarial” por falta de uma cultura de saúde e “serviço público”?*

*“Today's reform's...make the “natives” into defensive “victims”. There is a managerial and normative potential inherent in the old, partly formal, partly informal model, that may be lost if we too consistently try to transform the sector into a set of bureaucracies or, much more likely, businesses...”*

O. Berg

Pelo menos nos últimos 30 anos as mudanças no sistema de saúde português têm sido incrementais, mesmo quando a legislação introduzida parecia sugerir ou propiciar algumas mudanças mais rápidas (Lei do SNS 1979, Lei de Bases da Saúde, 1990).

È certo que as distorções e tensões acumuladas durante anos, as expectativas cronicamente frustradas de uma reforma mais profunda, e a emergência de poderosos factores exógenos de mudança (figura 5) podem ter ajudado a criar as condições para sair do “incrementalismo” tradicional e ensaiar rupturas visíveis na evolução dos sistemas de saúde.

Seja como for, no que diz respeito à estratégia de mudança em curso existem alguns aspectos que merecem especial realce:

### **Legislação de licença**

A nova geração de legislação da saúde iniciada em 2002 caracteriza-se por ser essencialmente uma legislação de licença – permite tudo: soluções públicas, privadas, sociais, e cooperativas à discrição do governante no momento. Tem mais aparência de uma legislação de “desconstrução” que de “descongelamento”. A legislação dos sistemas sociais tem como um dos seus objectivos proteger o interesse público e o Estado de riscos inaceitáveis. Há bons exemplos disso nos países mais desenvolvidos da Europa. Uma legislação de licença tende a desarmar o Estado face a esses riscos.

### **Da confiança nos novos actores à desconfiança dos “velhos indígenas”.**

Nos últimos anos tem havido um grande fluxo de novos actores no sistema de saúde, com uma cultura diferente da da saúde – gestores de empresas, técnicos de consultorias, possíveis investidores, grupos económicos interessados em gerir serviços financiados pelo Estado, gabinetes de análise estratégica no sector privado, empresas de outros países interessadas em conhecer o mercado português da saúde.

**Este fenómeno pode constituir um importante factor de “arejamento” e inovação no sistema de saúde português.**

**No entanto é muito importante cuidar de conseguir um equilíbrio apropriado entre as culturas gestionárias e os interesses importados e aquilo que são as culturas indígenas da saúde e da missão de serviço público. Menosprezar estas últimas sob o rótulo genérico de “resistência à mudança” seria um sério equívoco. Acentuar ainda mais as indicações persistentes de clima de mal-estar nas profissões de saúde.**

A adopção de modalidades de organização e gestão de serviços de saúde com maior grau de autonomia serve fundamentalmente para que se possa dar uma melhor resposta aos seus utilizadores, melhores condições de trabalho aos profissionais, com uma utilização mais inteligente dos recursos existentes.

Para que isso aconteça, a relação de responsabilização/autonomia estabelecida entre o financiador e o hospital ou o centro de saúde, tem que se reproduzir internamente entre a administração do hospital e os serviços que prestam serviços de saúde – o micro-espço onde se faz a interface entre quem precisa e quem presta serviços de saúde.

É aqui que tem lugar as coisas importantes. Este é o centro do sistema prestador dos cuidados de saúde, onde a flexibilidade de gestão – a gestão clínica - é mais necessária.

Aqui tem assento uma cultura de saúde e de serviço público. Aquela caracteriza o que tem de essencial esta interface relacional. Esta torna possível o funcionamento dos serviços públicos da saúde.

Qualquer mudança útil no sistema de saúde tem que se integrar nesta cultura, não pode simplesmente tentar geri-las externamente. Isto ainda não está a acontecer visivelmente.

**Centralidade do cidadão.** Apesar de recorrente no discurso político, a ideia da centralidade do cidadão na reforma da saúde tem ainda pouca expressão prática.

È certo que a “operação genéricos” parece ter a potencialidade de promover um melhor conhecimento por parte do cidadão sobre os medicamentos que toma. Mas existem também fortes indicações que a Indústria premeia as farmácias que vendem o seu produto com um bónus de embalagens gratuitas.

È também certo que a preparação de um “contact centre” da saúde para o cidadão e programas dirigidos para as pessoas como o Programa Conforto para os hospitais SA são passos na direcção certa. Mas também é certo que a cidadania cultiva-se com um política de informação transparente, e sobre isso já atrás ficou dito o suficiente.

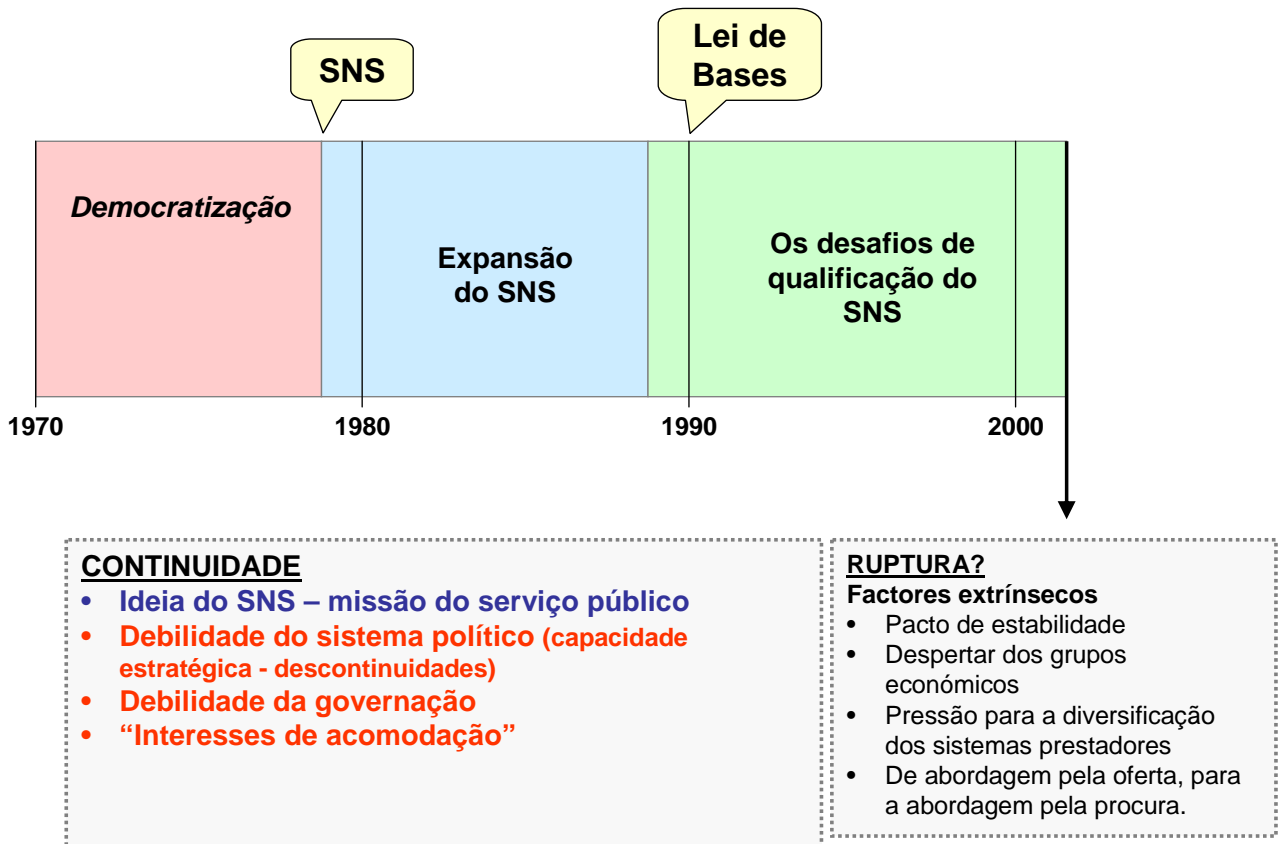
**Quadro VI-** Distintas concepções de gestão da mudança para os cuidados de saúde primários

"Managerialismo centralista" alheio a uma cultura de saúde	Mudança centrada no enquadramento e disseminação das boas práticas locais
<p>Orientações do Programa para a melhoria dos cuidados de saúde primários. (distribuídas numa sessão com centros de saúde em Maio de 2004)</p> <p>"Princípios (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "O objectivo nacional é o de atingir, em média, as 4 consultas por hora, valor de referência também a nível internacional (OMS) (...)</li> <li>• As consultas são consideradas agendadas quando são marcadas com uma hora de início, até ao dia anterior ao da própria consulta</li> <li>• .....</li> </ul> <p>Objectivos (...)</p> <p>Os funcionários administrativos deverão alertar os utentes que tenham múltiplas consultas marcadas, tentando evitar equívocos ou "abusos" de agendamento por parte dos utentes.</p> <p>Princípios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilização da capacidade disponível a nível das listas individuais dos médicos até ao limite previsto na lei, salvo nos casos em que o médico desempenhe funções de dirigente ou não existam utentes que pretendam ter médico de família no centro de saúde.</li> </ul> <p>Linhas de orientação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os utentes sem médico de família que, em face da possibilidade de serem alocados a um ficheiro, não respondam ao contacto do centro de saúde num prazo de dois meses são classificados como utentes sem médico de família por opção própria.</li> <li>• Como primeira prioridade, atribuição de médico de família através da reafecção de utentes entre médicos, assegurando 1) equilíbrio do esforço (carga) entre os médicos de acordo com o peso dos utentes inactivos (utentes sem contacto com o centro de saúde há mais de 1.000 dias) e dos utentes activos (...) 4) minimização do numero de utentes com alteração do médico de família, dando prioridade à mudança de iniciativas</li> </ul>	<p><b>Projecto ALFA</b> Surgiu em 1996, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. O projecto assentava em proporcionar autonomia em troca de uma responsabilização objectiva pela melhoria do acesso e da qualidade. Ao desafio do "Projecto Alfa" corresponderam cerca de 30 grupos. Na maioria dos casos, foi possível iniciar a preparação das condições para a sua implementação. As avaliações dos primeiros nove grupos identificaram melhoria no acesso, na satisfação dos utentes e profissionais, e na qualidade (maior racionalidade na prescrição e utilização das tecnologias médicas). Deram origem ao Regime Remuneratório Experimental (RRE). Evoluíram para "grupos RRE", desapareceram por falta de apoio, ou mantiveram-se apesar de tudo (coordenadora da unidade de Fernão Ferro condecorada em 2004 pelo Presidente da República).</p> <hr/> <p><b>O Regime Remuneratório Experimental (RRE) dos Médicos de Clínica Geral (Decreto-lei n.º 117/98, de 5 de Maio)</b> Aplica o princípio de que o pagamento aos profissionais deve estar associado, pelo menos em parte, à quantidade e qualidade do desempenho. O sistema de pagamento é misto com um componente salarial, uma parte por capitação ponderada e pagamento ao acto para algumas tarefas especificadas. O RRE é mais que uma forma de remuneração diferente. Põe a tónica na gestão do desempenho, no diálogo entre a administração e os prestadores de cuidados de saúde. Até 31 de Janeiro de 2000 tinham sido apresentadas nas Administrações Regionais de Saúde 76 pré - candidaturas a Grupos RRE. Ao fim de 5 anos de criação do RRE e de duas autoavaliações realizadas por estas unidades (2001 e 2003) continuam a observar-se indicações consistentes de bom desempenho.  "Luís Filipe Pereira alarga o prazo experimental do Regime Remuneratório experimental até finais de 2004, sendo esta a terceira vez que o mesmo é alargado." Fonte: Semanário, 25 Julho 2003"</p> <hr/> <p>O "tubo de ensaio", uma Unidade de saúde familiar ligada funcionalmente ao Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, integrada na rede de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde e financiada numa base capitacional, presta, desde 1999, cuidados de saúde a uma população que atinge neste momento as 20.000 pessoas, promovendo a criatividade e inovação, de forma a poder ser referência para outras experiências e ser espaço privilegiado de formação na área dos cuidados de saúde primários.</p>

A centralização da gestão origina desajustes inevitáveis a realidades locais em vez de avaliar, melhorar, disseminar, apoiar e recompensar boas experiências no terreno. A mudança baseada nas iniciativas locais, num sistema altamente burocrático, centralizado e com grande volatilidade das equipas ministeriais corre o risco de ser obstruída a vários níveis e de nunca alcançar dimensão crítica suficiente para mudar o modelo organizacional dominante. É necessário procurar, ensaiar e adoptar a medida certa.

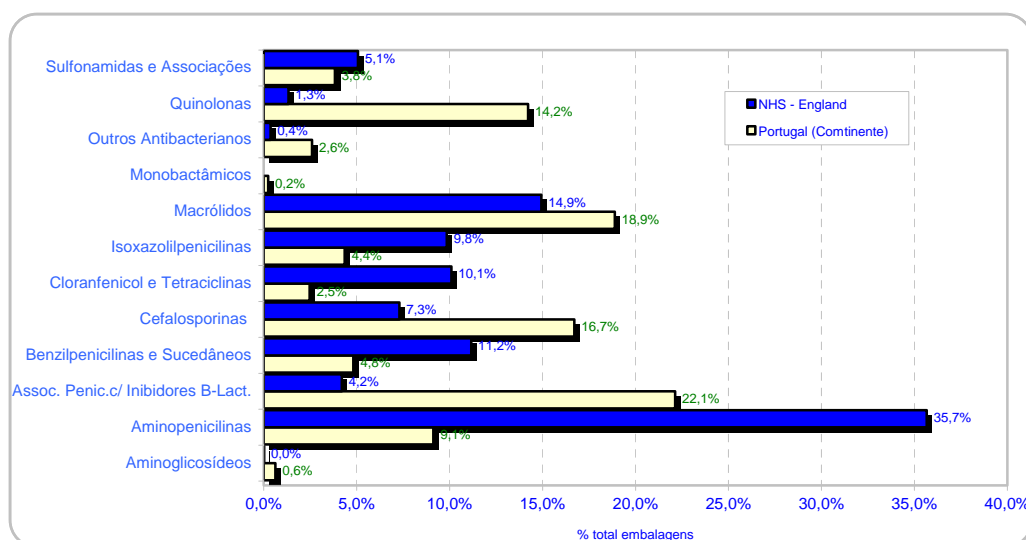
Figura 5 – Evolução do Sistema de Saúde Português

### Evolução do Sistema de Saúde Português – Continuidades e descontinuidades



No passado os factores de “continuidade” tem - se sobreposto aos de ruptura no sistema de saúde português e os factores “intrínsecos” predominavam largamente sobre os “extrínsecos”. Estaremos hoje face a uma nova realidade face à emergência de fortes factores extrínsecos?

**Figura 6** - Prescrição Antibacterianos em Ambulatório- 2003. Comparação entre Portugal e a Inglaterra



Fonte: HDepartment - England e Infarmed

Observam-se importantes diferenças nos padrões de prescrição de antibacterianos entre Portugal e a Inglaterra.

- por “medicina defensiva” relacionada com a organização da prestação de cuidados que não facilita um contacto mais frequente entre médico e doente?
- por falta de formação continuada dos prescritores?
- por força da acção da “força de vendas” da industria?
- por pressão dos doentes?

Os padrões de prescrição de Portugal aproximam-se dos de outros países do sul da Europa (ver página 98), nomeadamente Itália e Grécia.

Aqui o factor cultural é importante, mas trata-se de uma “cultura” que é necessário contrariar. Não há ainda indicação que o Ministério da Saúde tenha começado a actuar vigorosamente nesta questão. E, no entanto, ela representa um sério risco para a saúde pública. Se se conseguisse, em Portugal, adoptar o padrão de prescrição de Inglaterra em antimicrobianos isso resultaria numa poupança de 31 milhões de Euros/ano. Mais importante que a dos genéricos.

**Quadro VII** – Vigilância de Doenças de origem alimentar – Comparação entre Portugal e a Hungria

	PORTUGAL 2000		HUNGRIA 2000	
<b>População</b>	9 997 590		10 100 000	
<b>área</b>	92 082 Km2		93 030 Km2	
<b>Nº de incidentes investigados</b>	42, envolvendo 666 casos, INSA Lisboa e Porto		232, envolvendo 2 389 casos, Sistema de notificação de toxiinfecções alimentares	
<b>Doenças de notificação obrigatória</b>	Nº casos notificados	Taxa de incidência	Nº casos notificados	Taxa de incidência
Salmonelose	449	4.49	11507	114.6
Estafilococose	n.n.	-	42	0.4
Botulismo	31	0.31	n.n.	-
Campylobacterioses	n.n.	-	8644	86.1
Shigeloses	13	0.13	440	4.4
<i>E.coli</i> enterites	n.n.	-	305	3.0
Listerioses	n.n.	-	4	0.0
Colera	0	0	0	0.0
Brucelose	507	5.07	1	0.0
Yersinioses			102	1.0
Toxoplasmoses			292	2.9
Hepatite A	86	0.86	779	7.8
Equinococose	26	0.26	13	0.1
Triquinelose	0	0	3	0.0
Giardiase	n.n.	-	0	0.0
Amebiase	0	0	80	0.8
Enterites de origem desconhecida	0	0	35080	349.3
Outras doenças de origem alimentar	1112	11.12		
<b>Total</b>	2 224	22.25	57 292	

n.n - não notificáveis

Fonte: [http://www.bfr.bund.de/internet/8threport/8threp\\_fr.htm](http://www.bfr.bund.de/internet/8threport/8threp_fr.htm), Maio de 2004

Existem diferenças substanciais entre o sistema de vigilância de doenças de origem alimentar entre Portugal e Hungria. O Plano Nacional de Saúde é muito bem-vindo, mas dificilmente será implementado sem um grande reforço de infraestruturas técnicas e humana da saúde pública portuguesa. Não há, ainda, sinais de que isto esteja a acontecer.

## **6. Aspectos mais positivos da reforma da saúde**

É importante realçar alguns dos aspectos mais positivos da reforma da saúde nos últimos dois anos:

- **Importantes progressos no Plano Nacional de Saúde**

O Plano Nacional de Saúde é um importante instrumento de enquadramento e coordenação dos políticos de saúde, e está em franco desenvolvimento.

- **Notável ritmo de crescimento na utilização dos medicamentos genéricos,**

Graças à convergência da acção do governo e do comportamento dos prescritores, observa-se um instável aumento na utilização dos genéricos.

- **Equipa de missão e hospitais SA:**

Prepara-se uma nova base de conhecimentos sobre a gestão hospitalar; projectos horizontais de apoio aos hospitais; Relatório avaliação inédito sobre o primeiro ano de actividade dos hospitais SA - informativos em relação às ideias e factos sobre estes hospitais.

- **Nova lei-quadro para os cuidados continuados em Portugal**

Esta lei proporciona um importante enquadramento para o papel do Estado e de outras parcerias sociais no desenvolvimento dos Cuidados Continuados em Portugal.

- **Programas pensados para o cidadão - o Programa Conforto dos Hospitais SA**

Este programa sobressai pela qualidade do seu desenho e por ser concebido a pensar no cidadão.

- **Ponderação na nomeação para os lugares sensíveis de direcção da Entidade Reguladora da Saúde.**

Considerando os conhecidos hábitos do sistema político para as nomeações na administração de saúde, é de sublinhar a ponderação com que estas nomeações foram feitas.

- **Perspectivas de arejamento e inovação com a introdução de novos actores no sistema de saúde**

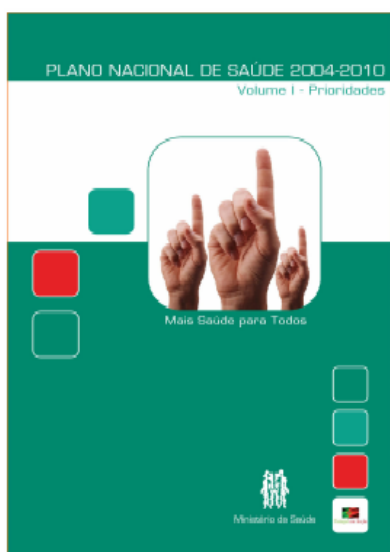
A introdução de novos actores no sistema de saúde nas áreas da gestão, inovação tecnológica e investimento pode ser muito benéfico para o sector, sempre que predominam considerações de qualidade.

- **Maior acompanhamento central da produção dos centros de saúde e hospitais.**

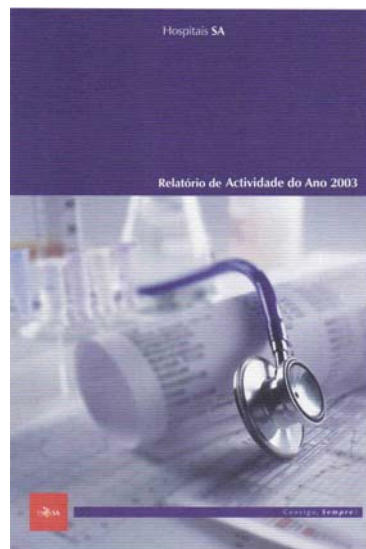
Observa-se uma considerável melhoria no acompanhamento de produção dos serviços de saúde por parte das autoridades centrais.

- **Determinação política no combate às listas de espera**

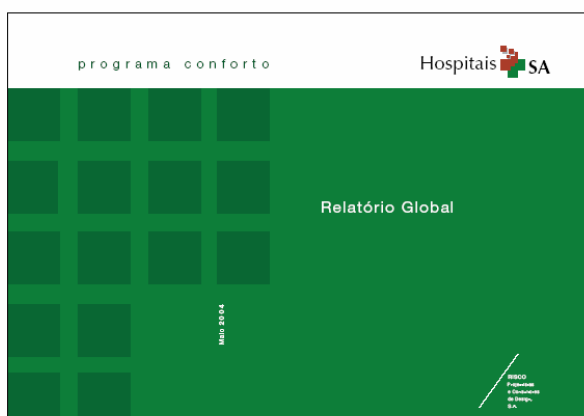
**Figura 7-** Aspectos positivos da reforma da saúde



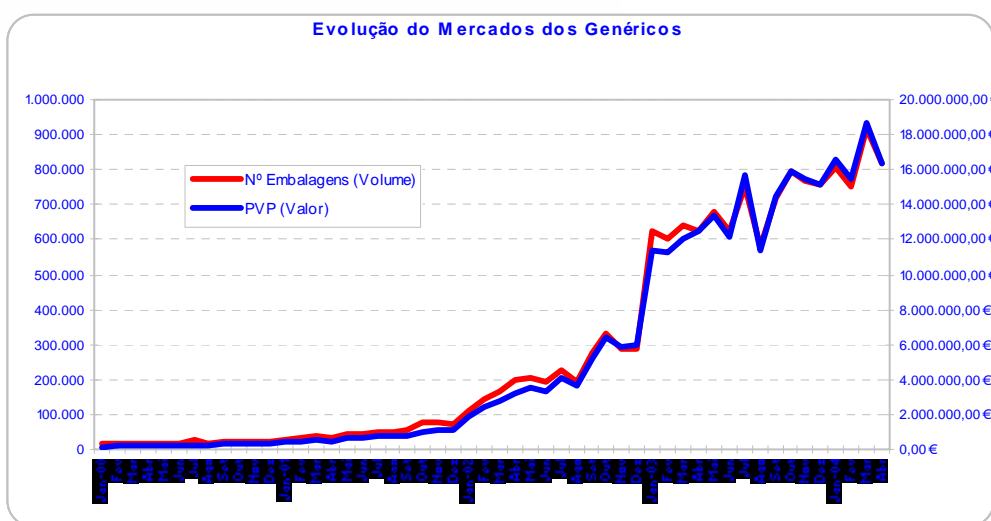
**Figura 7.1-** Plano Nacional de Saúde - uma excelente iniciativa



**Figura 7.2-** Um relatório inédito sobre hospitais portugueses com muita informação útil sobre ideias e projectos



**Figura 7.3** - Um programa bem desenhado e apresentado pensado no cidadão



**Figura 7.4** - A convergência de uma acção determinada na promoção de medicamentos genéricos por parte do Ministério da Saúde com a atitude dos médicos que os prescrevem tem tido um êxito notável.

## 7. Cenários para o futuro: “descongelamento regulado”, “desconstrução apriorística” ou “re-acomodação”

Trata-se, simultaneamente, de um exercício de síntese e de um esforço prospectivo. Estes são “cenários extremos” que convidam a explorar alternativas que se situam entre eles.

É preciso levar a sério importantes riscos das reformas. Por vezes estes tendem a desvalorizar-se, mas a verdade é que já existem hoje.

### Cenário 1: Descongelamento/ desenvolvimento regulado

O cenário do “**descongelamento/desenvolvimento regulado**” prevê um desenvolvimento técnico, cultural e institucional capaz de levar a uma profunda transformação da gestão pública da saúde – uma efectiva responsabilização pelos resultados, articulada a mais escolha informada do cidadão e a formas inteligentes e transparentes de cooperação entre os sectores público e privado. O processo de descongelamento provocará reacção e tensão inevitáveis. Elas serão ultrapassadas por reajustamentos face à experiência e à continuidade da acção política. Este cenário de aprendizagem com a experiência e de ruptura com os estereótipos organizacionais e culturais do passado, inclui a possibilidade deste processo de descongelamento resultar num novo sistema de saúde caracterizado por um equilíbrio diferente entre os sectores público e privado na saúde.

### Cenário 2: Desconstrução apriorística/ruptura

Este cenário prevê um forte crescimento de um sector privado da saúde financiado pelo Estado, associado à desarticulação apriorística da SNS. Este cenário pressupõe que a conjugação entre (i) fortes pressões no sentido de abrir mais amplamente o financiamento público à iniciativa privada de natureza lucrativa; (ii) reformas de gestão sem estudos de impacto económico e social e metas explícitas e, (iii) instrumentos de governação e regulação económica e social, de limitado alcance, podem configurar uma situação de risco social dificilmente tolerada – rupturas na cadeia de solidariedade, diminuição da macro-eficiência do sistema de saúde e aumento das desigualdades ao acesso a cuidados de saúde de qualidade.

### Cenário 3: Mudança limitada/ re-acomodação

O cenário da “**mudança limitada ou re-acomodação**” prevê que o programa de reformas em curso não conseguirá promover uma mudança substancial no sistema de saúde Português. O esforço legislativo inicial, como tantas outras vezes acontece, seria reabsorvido pelo “*status quo*”. Isto poderá resultar (i) da dificuldade de ultrapassar as “resistências à mudança”, (ii) pela implementação de reformas mal preparadas e fundamentadas que provocam reacções insuperáveis ou (iii) pela descontinuidade de acção política. Este é um cenário pessimista, mas fundamentado no estudo da evolução do sistema de saúde português, durante os últimos anos.

## Figura 8- Cenários

### Figura 8.1 - Cenário 1: Descongelamento regulado (1)



- Existem elementos importantes de uma cultura de saúde e de missão de serviço público no sistema de saúde português.
- A sua expressão é no entanto pouco satisfatória por um vasto conjunto de distorções tradicionais.
- É necessário descongelar a actual organização dos serviços de saúde, de forma empenhada e persistente, para que esses elementos possam passar a ser determinantes no desempenho do sistema de saúde.

Estes são cenários extremos que exprimem tensões importantes no sistema de saúde e convidam a explorar alternativas que se posicionam entre estas situações extremas.

Figura 8.2 – Cenário 1: Descongelamento regulado (2)



- O descongelamento deve centrar-se na identificação, enquadramento, apoio e disseminação das experiências inovadoras na unidade de saúde familiar, nos serviços hospitalares, na promoção e protecção da saúde na comunidade.
- Existem sobre o terreno muitas boas soluções que tendem a ser esquecidas por gestores sem uma cultura de saúde e de serviço público.

Estes são cenários extremos que exprimem tensões importantes no sistema de saúde e convidam a explorar alternativas que se posicionam entre estas situações extremas.

Figura 8.3 – Cenário 1: Descongelamento regulado (3)



- O descongelamento do sistema de saúde português beneficia da contribuição de novos actores (gestores com experiência empresarial, investimentos para a inovação) num espírito de vantagens mútuas.

Estes são cenários extremos que exprimem tensões importantes no sistema de saúde e convidam a explorar alternativas que se posicionam entre estas situações extremas.

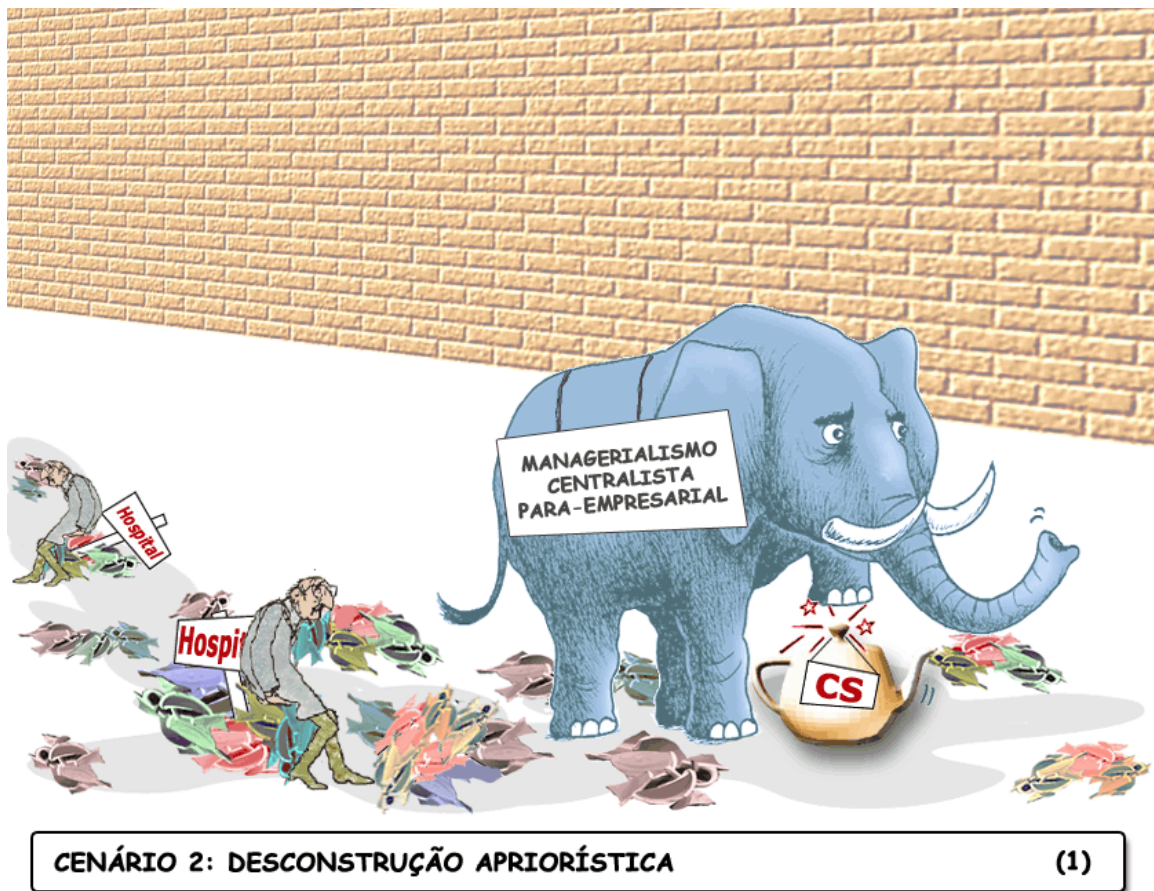
Figura 8.4 – Cenário 1: Descongelamento regulado (4)



- Só uma exigente transparência informativa pode garantir o interesse público e o empoderamento do cidadão – destinatário final das reformas de saúde.
- Estes processos de mudança – sendo de natureza cultural – têm os seus tempos e oportunidades próprias. Têm o seu próprio metabolismo.

Estes são cenários extremos que exprimem tensões importantes no sistema de saúde e convidam a explorar alternativas que se posicionam entre estas situações extremas.

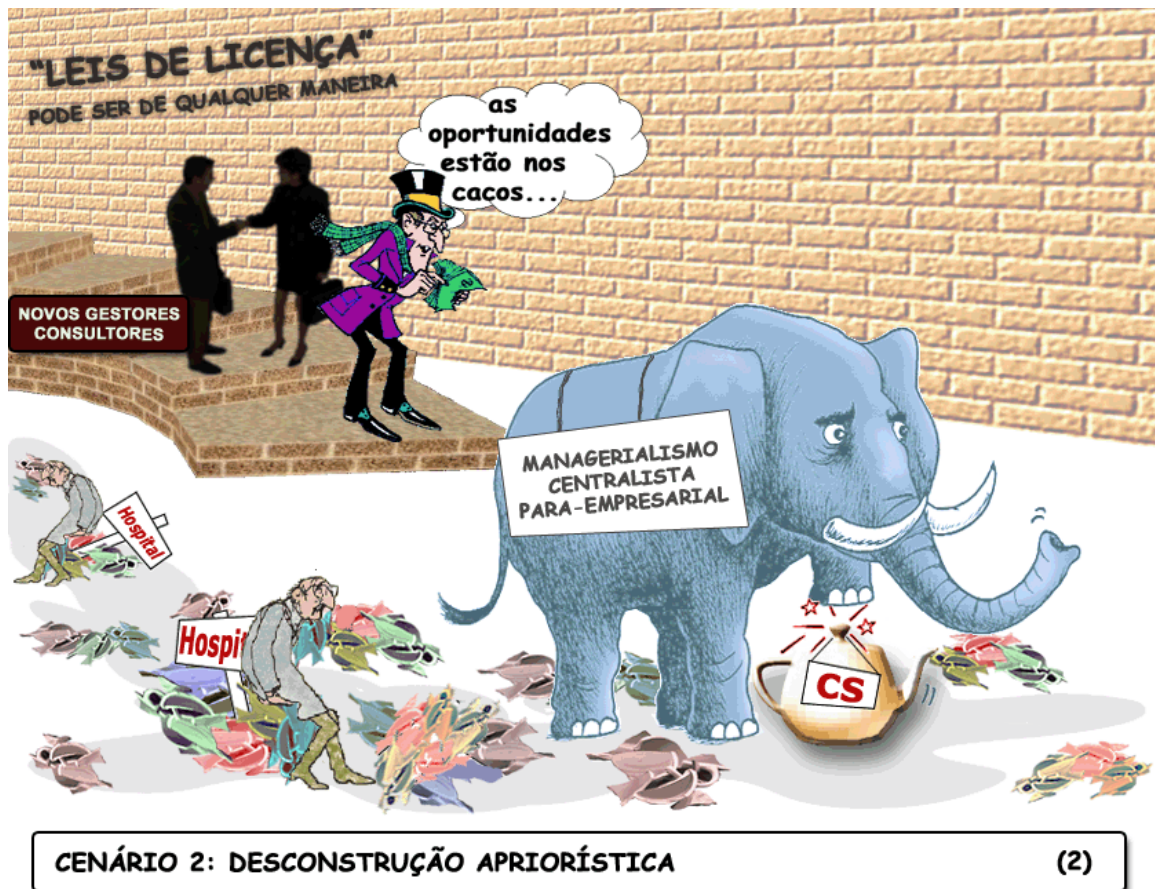
Figura 8.5 – Cenário 2: Desconstrução apriorística (1)



- É necessário sair da acomodação tradicional da administração e estabelecer um acompanhamento próximo e incisivo dos serviços de saúde.
- Fora de um contexto cultural apropriado, estas acções podiam dar lugar a um managerialismo centralizado e pueril, com uma “linguagem empresarial” que não corresponde a nenhuma realidade concreta.
- Tem fortes potencialidades conflituais e destrutivas.

Estes são cenários extremos que exprimem tensões importantes no sistema de saúde e convidam a explorar alternativas que se posicionam entre estas situações extremas.

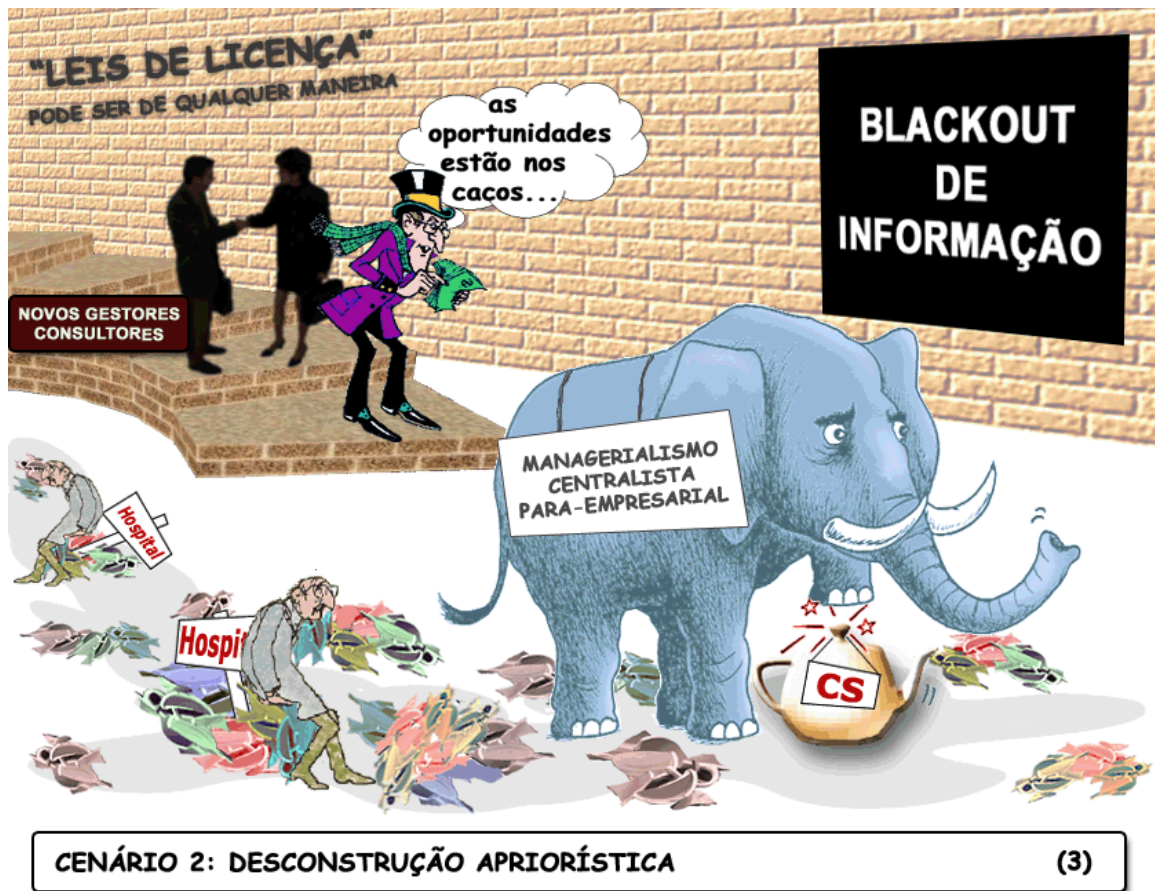
Figura 8.6 – Cenário 2: Desconstrução apriorística (2)



- Leis de licença - altamente permissivas no sentido em que tudo pode ser público ou privado ou social ou corporativo – facilitam a captura de serviços públicos fragilizados por interesses mercantis, num contexto só aparentemente concorrencial, do qual não resulta o apuramento da relação qualidade/preço no sistema de saúde – “as oportunidades estão nos cacós”.

Estes são cenários extremos que exprimem tensões importantes no sistema de saúde e convidam a explorar alternativas que se posicionam entre estas situações extremas.

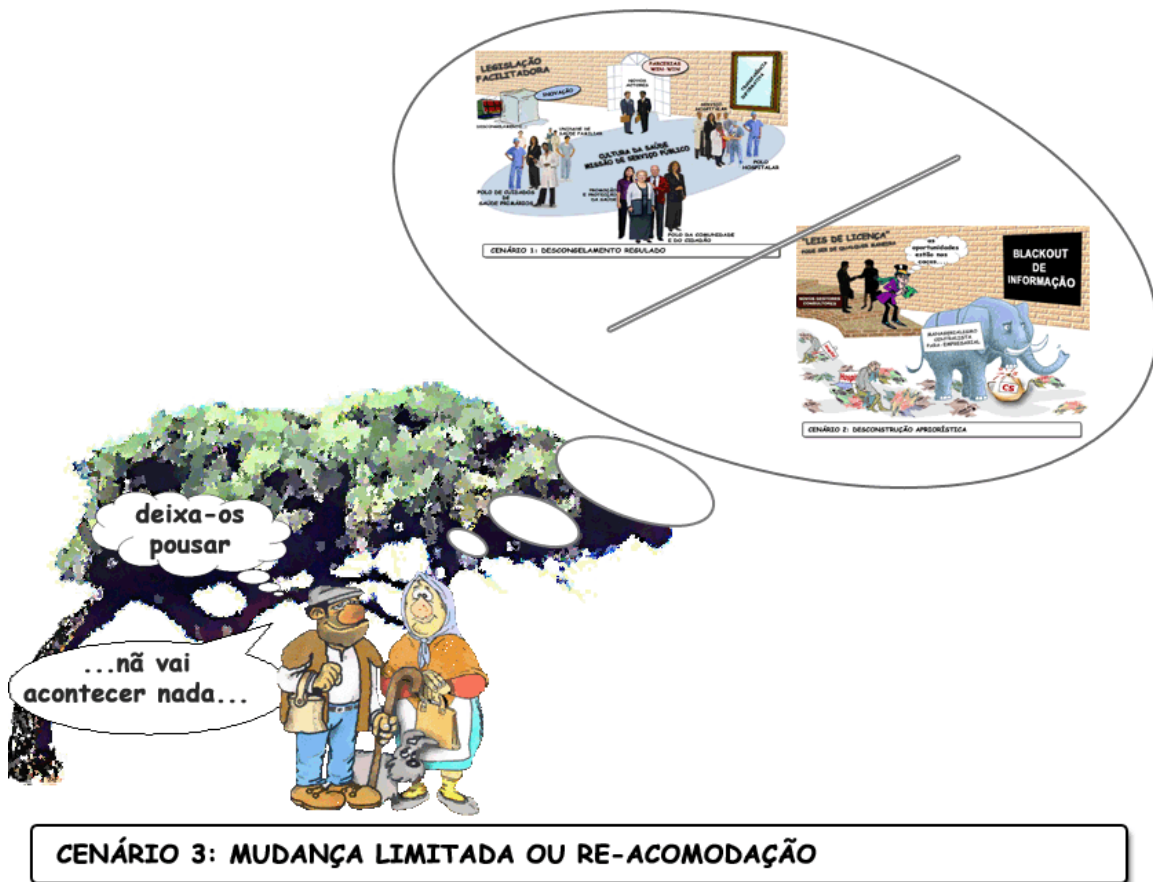
Figura 8.7 – Cenário 2: Desconstrução apriorística (3)



- A falta da transparência informativa deixa os interesses públicos – individuais e gerais – indefesos.

Estes são cenários extremos que exprimem tensões importantes no sistema de saúde e convidam a explorar alternativas que se posicionam entre estas situações extremas.

Figura 8.8 – Cenário 3: Mudança limitada ou re-acomodação



- O caminho para a gestão da mudança em sistemas tão complexos como é o da saúde é muito estreito.
- Há sempre resistências à mudança.
- Há sempre fortes expectativas de que mude o acessório para que o essencial fique na mesma.

Estes são cenários extremos que exprimem tensões importantes no sistema de saúde e convidam a explorar alternativas que se posicionam entre estas situações extremas.

## **8. Fragilidades do debate político da saúde**

O processo político para ser genuíno comporta a escolha entre agendas políticas claramente distintas para o cidadão. As agendas políticas tem a ver com preferências sobre valores, sua combinação ou hierarquização - formas diferentes de conciliar a liberdade com a solidariedade, de castigar culpados e proteger os inocentes, entre outros.

É importante que o sistema político português assuma claramente as suas agendas políticas no domínio da saúde. As questões sobre valores e as suas implicações, têm que ser formuladas de forma a serem facilmente compreendidas pelos cidadãos.

Não basta ser contra ou a favor do SNS, se existirem entendimentos distintos sobre o que isso possa significar (aparentemente está tudo a favor, e ninguém contra, exactamente porque cada uma das partes tem o seu entendimento sobre o que é o SNS).

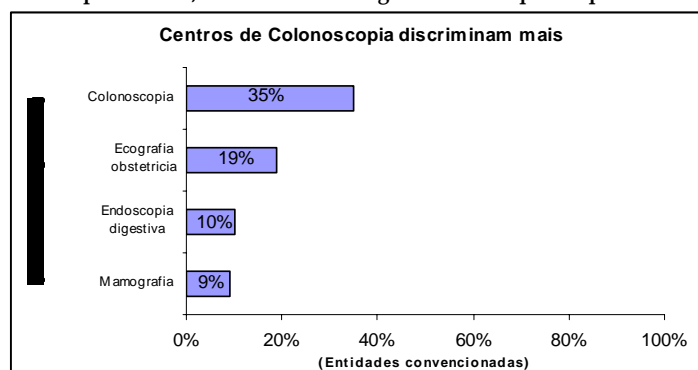
Não basta discutir a flexibilização da gestão nos serviços públicos de saúde, é necessário explicar a diferença em termos de agenda política entre o hospital empresa - pública e o hospital público com gestão privada (diferença permanentemente confundida pela comunicação social). Não basta ser a favor ou contra a privatização da gestão do SNS: é necessário explicar a base dos valores que permitem julgar os riscos e benefícios que estas opções comportam: mais liberdade de escolha a curto prazo, com maior risco de menos solidariedade social (cobertura financeira) a prazo?

A falta de alternativas políticas claras empobrece o espaço público e o exercício da democracia.

A democracia tem a ver com escolhas. E estas não podem ser só a propósito de pessoas, estilos e detalhes técnicos - que escolhas políticas em relação à saúde existem hoje na sociedade portuguesa? É hoje possível em Portugal ter uma ideia clara sobre os valores subjacentes às ofertas políticas das forças políticas, particularmente daquelas que se situam habitualmente na área do poder?

**Quadro VIII - Utentes do Serviço Nacional de Saúde discriminados – estudo da DECO**

Quadro IX (a) % de entidades convencionadas que: anteciparam marcações de exames quando os colaboradores da *Teste Saúde* sugeriram paga-lo por inteiro ou facultam resultados dos exames mais cedo nesta circunstância ou ainda não aceitaram marcar exames para o SNS, descriminando negativamente aqueles que são financiados pelo SNS.



Quadro IX (b)- Diferenças de prazos de espera para a realização de exames por entidades convencionadas quando integralmente no âmbito privado ou realizado pelo Serviço Nacional de Saúde (convenção), alguns exemplos:

	Prazo de espera (dias) (1)		
	SNS	Privado	Diferença de dias
<b>ECOGRAFIA OBSTÉTRICA</b>			
Entidade	14	3	11
...	<i>n.m</i>	8	<i>n.m</i>
...	47	26	21
...	29	4	25
...	23	6	17
<b>MAMOGRAFIA</b>			
Entidade	66	39	27
...	21	4	17
<b>COLONOSCOPIA</b>			
Entidade	<i>n.m</i>	6	<i>n.m</i>
...	+ de 60	38	+ de 22
...	49	6	43
...	48	5	43
<b>ENDOSCOPIA</b>			
Entidade	25	11	14
...	<i>n.m</i>	7	<i>n.m</i>
...	20	6	14

*n.m.*: não marcaram o exame pelo Serviço Nacional de Saúde, mas aceitaram marcá-lo pelo privado.

- Verificou-se que algumas entidades convencionadas favorecem quem opta pela via privada: 35 entidades convencionadas (17% da amostra total) anteciparam o exame, quando da *Teste Saúde* sugeriram pagá-lo por inteiro. Esta situação é mais grave no caso das colonoscopias: 35% dos estabelecimentos contactados discriminaram os utentes do Serviço nacional de Saúde e, por sinal, é um exame extremamente caro pelo privado (pode chegar aos €250)! Num caso extremo, o prazo de espera para realizar uma colonoscopia foi antecipado 43 dias, quando o colaborador da *Teste Saúde* sugeriu pagar o exame por inteiro!
- Sete centros convencionados não aceitaram marcar os exames com uma credencial, referindo já não haver vagas para utentes do Serviço Nacional de Saúde, mas efectuaram a marcação pelo privado.
- E a discriminação dos utentes do Serviço Nacional de Saúde não se fica pelos prazos de espera para a realização dos exames. Mais uma vez, quem paga os exames por inteiro consegue, por vezes, obter os resultados mais cedo face aos que apenas pagam a taxa moderadora do Serviço Nacional de Saúde.

Fonte: [www.deco.proteste.pt](http://www.deco.proteste.pt)

Teste Saúde nº 42 - Março/Abril de 2003 - páginas 14 a 17

“Os utentes do Serviço Nacional de Saúde são, por vezes, alvo de discriminação por parte das entidades convencionadas com o Ministério da Saúde para a realização de exames de diagnóstico. Na verdade, quem paga os exames do próprio bolso tem, frequentemente, prazos de espera mais curtos para os fazer e obter resultados.”

Está a governação da saúde em Portugal preparada para enfrentar a generalização deste fenómeno com o aumento da privatização da saúde? O que foi feito perante este exemplo tão flagrante?

## RESUMOS

## Plano Nacional de Saúde

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (PNS), pela sua natureza e alcance, deverá ser encarado e valorizado como o principal instrumento estratégico para a transformação cultural, arquitectural e funcional do sistema de saúde português. Para tal, a sua elaboração, aperfeiçoamento, execução e avaliação terão de suscitar ampla participação, apoio material e consenso.

Plano Nacional de Saúde	
Aspectos positivos	Aspectos negativos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquadramento essencial para uma política de saúde</li> <li>• Processo participado a nível técnico.</li> <li>• Dinâmica de “work in progress”.</li> <li>• Continuidade em relação à <i>Estratégia de Saúde para o virar do século (1998-2002). Saúde um compromisso</i>”.</li> <li>• Estudo das tendências dos indicadores dos problemas tidos como prioritários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fraca participação e comprometimento dos sectores políticos / Parlamento</li> <li>• Desconexão em relação à “agenda dura” do Ministro da Saúde.</li> <li>• Reduzida visibilidade pública em contraste com medidas como, por exemplo: “Hospitais S.A”. e “PPPs”.</li> <li>• Aspectos práticos e metas pouco discutidas.</li> </ul>
Omissões	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantia e afectação dos meios para o desenvolvimento, execução e avaliação do PNS.</li> <li>• Debate e explicitação dos processos de monitorização, de controlo e de avaliação.</li> <li>• Papel e envolvimento da Entidade Reguladora da Saúde.</li> </ul>	

Fica, portanto, a questão de verificar se o PNS vai ser um mero exercício formal de planeamento ou um instrumento de mobilização, de coordenação e de transformação do sistema de saúde e da cultura de governação da saúde no país.

## Hospitais SA

Importa aqui começar por questionar que avaliação pode ser feita sobre a gestão da mudança ao nível dos hospitais SA, nomeadamente quanto aos aspectos enquadradores, financeiros e operacionais da gestão e, ainda, ao sistema de saúde e aos resultados alcançados.

Radiografia ao processo de mudança nos Hospitais SA	
Aspectos positivos	Aspectos negativos
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expansão do processo de empresarialização, passando de experiências isoladas a uma “massa crítica de mudança”;</li> <li>▪ A constituição de uma “equipe de missão” para apoio e acompanhamento;</li> <li>▪ O desenvolvimento de uma importante base de conhecimento sobre gestão hospitalar;</li> <li>▪ A decisão de fazer uma apresentação pública do relatório;</li> <li>▪ Relatório inédito sobre os hospitais em Portugal, preparado e apresentado profissionalmente, assente numa sessão de apresentação curta, bem preparada e conduzida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não acesso às bases de dados;</li> <li>▪ Resultados sem “análise”;</li> <li>▪ Falta de metas de execução;</li> <li>▪ Dividir as pessoas e partidarizar a empresarialização dos hospitais;</li> <li>▪ Sectarismo nas nomeações e na não utilização do capital intelectual do país (circuito fechado);</li> <li>▪ Autoavaliação propagandista (protagonistas da solução avaliam a sua bondade);</li> <li>▪ Falta de aprendizagem partilhada;</li> <li>▪ Grande pressão sobre os gastos sem compensação em mecanismos abertos de desenvolvimento da qualidade;</li> <li>▪ Pouca sensibilidade para a especificidade da saúde.</li> </ul>
Omissões	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estudo da desnatação (a favor dos que pagam) e dos padrões de referenciação;</li> <li>▪ Situação financeira e impacto no défice;</li> <li>▪ Gasto com medicamentos;</li> <li>▪ Reclamações dos doentes/utentes;</li> <li>▪ Satisfação profissional;</li> <li>▪ Avaliação dos gestores;</li> <li>▪ Dados pouco claros sobre: internamentos; efeitos do acréscimo de pessoal e do agravamento dos gastos com medicamentos; indicadores de qualidade, etc.</li> </ul>	

Para o efeito foi realizada uma reunião com recurso a um grupo de investigadores do Observatório, com o objectivo de identificar os aspectos negativos e positivos relativos aos hospitais SA (Análise SWOT), nas áreas anteriormente identificadas, cujos resultados foram utilizados em cada um dos aspectos específicos analisados.

Segundo estes investigadores, trata-se aparentemente duma mudança exógena ao sistema, que tem procurado apoio nos actores externos e agentes económicos, faltando-lhe apoio interno, que decorre do silêncio comunicacional que se instalou no sector.

### Cuidados de saúde primários

Os cuidados de saúde primários surgiram, em 2003, como um ponto da agenda política insuficientemente preparado, mal fundamentado e que maiores resistências e protestos suscitou por parte dos principais actores internos. Desencadeou uma primeira e muito participada greve dos médicos dos centros de saúde e originou diversas declarações e documentos de fundo de organizações profissionais com destaque para a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral e para a Ordem dos Enfermeiros.

Estes alertas levaram o Presidente da República a induzir uma medida de cautela na aplicação do novo diploma legal relacionada com a entrada em funções da nova Entidade Reguladora da Saúde e obrigaram a ajustamentos sucessivos do discurso do Ministro da Saúde para atenuar as referidas resistências.

Cuidados de saúde primários	
Aspectos positivos	Aspectos negativos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pressão mantida sobre as ARS e os novos directores para melhorarem o acesso aos cuidados clínicos.</li> <li>• Introdução da receita de prescrição renovável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistência de interlocução técnico-política credível na equipa ministerial, para esta área.</li> <li>• Intervenção “managerialista” centralizada de tipo micro-gestionário já parodiada como “4 à hora”!</li> <li>• Escassa atenção aos aspectos qualitativos e de produção de saúde (promoção da saúde, prevenção, controle efectivo de situações crónicas, etc.).</li> <li>• Subvalorização da cultura e das competências lentamente desenvolvidas e existentes nos centros de saúde.</li> <li>• Desvalorização formal da área da saúde pública.</li> <li>• Fraca aposta no sistema de informação dos centros de saúde e eternização da falta do “módulo clínico”.</li> <li>• Percepção pelos profissionais de que as medidas previstas para os centros de saúde constituem ameaças à cultura, valores e identidade conseguidos nas 3 décadas de vida dos centros de saúde.</li> </ul>
Omissões	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não enunciação explícita de objectivos quantificados para a mudança pretendida.</li> <li>• Não existência de uma estratégia de captação activa de recursos humanos para os centros de saúde.</li> </ul>	

Já em 2004 e, à margem do polémico Decreto-Lei dos centros de saúde, é anunciada a intenção de anexar e colocar sob a alçada das administrações hospitalares os centros de saúde circundantes dos hospitais. Foram 3 as experiências anunciadas para arranque deste processo: Hospitais de Vila Real S.A., Cova da Beira S.A. e Torres Vedras. Tal opção foi de imediato repudiada pelas organizações profissionais sendo considerado um reforço do hospitalocentrismo, com risco de descaracterização cultural e técnica da frágil área dos cuidados de saúde primários, absorção dos já poucos recursos humanos e financeiros dos centros de saúde pelos hospitais e, a curto/médio prazo, perdas de funcionalidade para ambos.

## Listas de Espera

O Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC) foi o programa criado pelo actual Ministro da Saúde, em Junho de 2002, para dar resposta aos doentes em espera por uma cirurgia.

Naquela data, a tutela fixou em 123 166 o número de casos para serem resolvidos em 2 anos. Desde aquela data até Abril do corrente ano, altura em que foi dado como concluído o programa, tanto o Ministério, em notas do gabinete ou na Comissão do Trabalho e Assuntos Sociais da Assembleia da República, como a comunicação social, foram divulgando valores relativamente aos progressos que se iam verificando na resolução da lista de espera, muitos deles contraditórios, numa demonstração de ausência de um sistema de informação integrado que fornecesse dados fiáveis sobre as várias dimensões do programa.

PECLEC	
Aspectos positivos	Aspectos negativos
<p>Conhecimento da dimensão da lista de espera</p> <p>Conhecimento da produção, por patologia</p> <p>Fixação do tempo média de espera para o SIGIC</p> <p>Possibilidade de resolução do problema cirúrgico fora da rede dos hospitais do SNS, ultrapassado o “tempo de espera admissível”</p> <p>Grande determinação política na gestão do programa.</p>	<p>Desconhecimento da estrutura da lista de espera</p> <p>Desconhecimento da espera, por patologia, por hospital e por Região de Saúde</p> <p>Ausência da fixação de tempos de espera clinicamente aceitáveis, por patologia</p> <p>Divulgação de dados completos sobre os progressos na resolução da lista de espera</p> <p>Ausência de um sistema de informação com funcionalidades para o acesso</p> <p>Apresentação pública de informação incompleta, quando solicitado pela Comissão do Trabalho e Assuntos Sociais da Assembleia da República</p> <p>Ausência de auditorias de gestão</p> <p>Ausência de funcionamento da Comissão de Acompanhamento</p> <p>Ausência de um relatório completo sobre o PECLEC.</p> <p>Não evolução de “programas de choque” para medidas estruturantes que melhorem o acesso</p>

Este programa deu lugar ao Sistema Integrado de Gestão das Listas de Espera para Cirurgias (SIGIC), com mais de 150 mil casos em espera, que irá entrar em vigor em Julho do corrente ano nos hospitais do Alentejo e do Algarve. Para este programa é dado um tempo médio de espera de 6 meses e a possibilidade de, passados 12 meses, o doente aceder a um hospital convencionado mediante a apresentação de um “vale-cirurgia” que lhe é enviado pelos serviços do Ministério.

## O Medicamento

OPSS assumiu, desde 2000 no seu 1º Relatório de Primavera (RP), que o subgrupo dos antibióticos seria um bom *tracer*, não só pelas enormes implicações que a sua boa/má utilização têm na saúde pública, mas também pelo seu elevado custo.

Em 2003, a disponibilização por parte da *European Surveillance on Antimicrobial Consumption (ESAC)* de um estudo - *Results of the ESAC Retrospective Data Collection* - veio confirmar e reforçar aquela ideia e preocupação.

Segundo aquele estudo Portugal era, em 2001, o 6º país da Europa com maior volume de prescrição de antibióticos, logo a seguir à França, Grécia, Itália, Luxemburgo e Polónia e ocupava a 1ª posição no que respeita ao grupo específico da Quinolonas.

A introdução efectiva da política dos Medicamentos Genéricos (MG) e Preços de Referência (PR), lançada em 2002, mas com os 1º resultados a evidenciarem-se no decurso de 2003 constituíram outro facto objecto de análise no presente relatório.

<b>Aspectos da política dos MG e PR</b>	
<b>Positivos</b>	<b>Negativos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● O INFARMED mantém-se como um dos poucos organismos do Ministério da Saúde que disponibiliza a informação solicitada e em tempo oportuno</li> <li>● Foi evidente o esforço deste organismo em disponibilizar informação atempada através da Internet sobre a evolução do mercado farmacêutico</li> <li>● De louvar ainda as tentativas de facilitar o acesso à informação sobre os medicamentos genéricos, não só através da Internet, mas igualmente por outros meios</li> <li>● A campanha junto dos cidadãos sobre os genéricos pode ser considerada um razoável sucesso, pois de uma forma geral os utentes reclamam a prescrição preferencial de genéricos, embora não haja ainda quantificação desta realidade</li> <li>● A garantia de qualidade destes medicamentos foi reforçada e revelou-se sempre atenta aos vários “<i>acidentes de percurso</i>”, entretanto surgidos e mau grado algumas dúvidas levantadas pelo OPSS no relatório de 2003</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● É necessário continuar a estudar os benefícios reais para o utente no co-pagamento dos medicamentos com a introdução efectiva dos medicamentos genéricos e preços de referência.</li> <li>● O MS persiste em não incluir na sua reforma política da área do medicamento qualquer medida no sentido de melhorar a qualidade e racionalidade na prescrição de medicamentos</li> <li>● A utilização menos apropriada de antibióticos além dos riscos que comprovadamente implicam a nível individual contribui também e de forma inquestionável para o aumento das resistências anti bacterianas com todas as suas consequências</li> <li>● A demonstração de evidência é bastante consistente quanto ao facto de que uma prescrição mais racional e apropriada conduzir inevitavelmente a menores custos</li> <li>● Práticas de muitos anos, designadamente no subsector do ambulatório, tornam mais fácil/cómoda a prescrição de medicamentos não-genéricos (evita a consulta de “<i>Prontuário / Simposium/Índice Terapêutico</i>”, listagem actualizada de medicamentos genéricos e respectivas dosagens, apresentações e embalagens, etc.); perante as normas em vigor na prática é mais fácil/cómodo prescrever um medicamento de marca do que um medicamento genérico</li> <li>● O SAM (software de apoio ao médico na área da prescrição) com boa receptividade por parte dos médicos tem aplicação num restrito número de locais de trabalho, designadamente nos centros de saúde onde são prescritos cerca de 70% dos medicamentos do ambulatório</li> <li>● Há conflitos de interesses entre os diversos “<i>actores</i>” pelo que a aprendizagem e equilíbrios são fundamentais para o seu sucesso; a não acontecer assim cada um agirá de acordo com os seus interesses</li> </ul>